

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE GLICEROL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:
Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la realización del TEST DE GLICEROL, así como los aspectos más importantes del período posterior y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de este procedimiento, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La administración de glicerol se utiliza, como medida diagnóstica de una serie de procesos que globalmente se denominan "menieriformes". Esta denominación hace referencia a la denominada enfermedad de Meniere que ejemplifica a todos ellos. Esta enfermedad de Meniere se caracteriza por la aparición de crisis de ruidos, sordera, y vértigos de duración variable. Se piensa que estos síntomas aparecen como consecuencia de un aumento de la presión del líquido del órgano de la audición y del equilibrio. Por ello, para su diagnóstico, se administra una sustancia que disminuye –de forma temporal- la antedicha presión a fin de valorar la variación de los síntomas de la misma.

En realidad, esta sustancia es un diurético que fuerza la elaboración de orina, lo que disminuye la presión del antedicho líquido del oído, lo que podría modificar los síntomas ya señalados.

Tras la administración del glicerol, se realizan diferentes controles de la audición del paciente en periodos que señalará su especialista, lo que permitirá evaluar las variaciones de presión del líquido que contiene el oído.

La determinación se realiza con carácter ambulatorio. Es aconsejable que acuda en ayunas a la realización de la prueba, así como que ingiera pocos líquidos durante las 24 horas previas a la realización de la prueba. Comoquiera que pueda sentirse indisposto, es aconsejable que acuda acompañado.

Asimismo, debe de informar al médico de la existencia de enfermedades cardíacas, del hígado, del riñón o de su tensión arterial, así como de la existencia de una diabetes.

Su médico interpretará los resultados de esta prueba y le informará detalladamente.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Careceremos de este aspecto diagnóstico.

BENEFICIOS ESPERABLES

El llamado test del glicerol es un elemento más del diagnóstico de las enfermedades sospechosas de estar producidas por un aumento de la presión del líquido del oído.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Existen otros muchos elementos diagnósticos del vértigo y de la sordera: la propia historia del paciente, la audiometría, la videonistagmografía, etc.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE GLICEROL

Por ello, es su médico quien debe de decidir la oportunidad de esta determinación, como mejor convenga a las circunstancias de cada caso.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Son raros. Normalmente están relacionadas con la hipotensión arterial -disminución de la tensión arterial-, que se produce debido a la administración del producto. El efecto más frecuente suele ser una pequeña lipotimia –desmayo- que suele ceder con facilidad. Asimismo, puede aparecer cefalea o náuseas, que son transitorias. Es excepcional la alergia a este producto.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE GLICEROL

cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.ª _____, con D.N.I. _____
y en calidad de _____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE GLICEROL

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: