



STEPHEN A. LANDERS, M.D.
 DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF OTOLARYNGOLOGY
 HEAD AND NECK SURGERY

PEDIATRIC AND ADULT
 EAR, NOSE & THROAT

UVULOPALATOPLASTIA - CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA

Por la presente autorizo Stephen A. Landers, MD para tratar la condición siguiente (s):

Ronquido y / o apnea del sueño

Los procedimientos previstos para el tratamiento de mi condición (s) han sido explicados por mi médico y se enumeran a continuación:

REPARACION DE PLÁSTICO DE PALADAR (Uvulopalatoplastia)

Información del paciente:

Uvulopalatofaringoplastia (UPPP) es una operación para mejorar ciertos síntomas de los trastornos del sueño como la apnea obstructiva del sueño y ronquidos. Porque puede haber varias causas que ocurren al mismo tiempo, este procedimiento sólo puede proporcionar un alivio parcial, dependiendo de la importancia relativa del paladar y la úvula tamaño. La tasa de éxito en el tratamiento de los casos la apnea se ha informado de que más del 50%, y la expectativa de mejora para el ronquido puede ser mayor al 80%. Las complicaciones más comunes son sangrado después de la cirugía, infección y obstrucción de vía aérea temporal debido a la hinchazón postoperatoria. Ocasionalmente, los pacientes con obstrucción grave o un riesgo añadido debido a la obesidad puede requerir una traqueotomía temporal. Algunos pacientes también se quejan debido a la incapacidad de un paladar acertado a hacer contacto con la parte posterior de la garganta. Esto puede ocasionar una insuficiencia nasal y un hueco o voz que sonaba hiponasal. El efecto contrario debido al estrechamiento del espacio detrás de la nariz (nasofaringe) es aún menos probable. Como regla general, más cuidadosamente a los pacientes con trastornos del sueño la que se estudian y seleccionados, mayor será la probabilidad de mejoría después de UPPP.

Conocidos los efectos adversos potenciales incluyen:

Possible necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales

Dificultad para tragar

Cambio en la voz

Dificultad para respirar

TERAPIA ALTERNATIVA PUEDEN INCLUIR: OBSERVACIÓN, tratamientos médicos

Yo / Nosotros hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos no se recibe tratamiento, el procedimiento a utilizar, y yo / nosotros disponemos de información suficiente para dar este consentimiento informado.

Yo / nosotros certificamos que este formulario ha sido plenamente explicado a mí / nosotros, y yo / nosotros entendemos su contenido.

Yo / Nosotros entendemos cada esfuerzo será hecho para proporcionar un resultado positivo, pero no hay garantías.

Fecha _____ Tiempo _____

Paciente / Apoderado

Nombre (letra de molde) _____

(214) 691-0800

FAX: (214) 691-0801

E-Mail: drlanders@drlanders.com

Web Site: www.drlanders.com

7515 Greenville Ave., Suite 806
 Dallas, Texas 75231

1004 N. Washington
 Dallas, Texas 75204