

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA FRACTURA ORBITO-MALAR

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Ha sufrido Ud. un traumatismo que ha resultado en una fractura de los huesos del pómulo y la órbita. Esta fractura puede producir alteraciones estéticas y/o funcionales tales como cambios en la posición del ojo y dificultad para moverlo, dificultad para abrir la boca y masticar, pérdida de sensibilidad cutánea.

El tratamiento quirúrgico de la fractura órbita-malar está dirigido a restaurar la estructura anatómica y funcional de los huesos afectados. Los fragmentos óseos fracturados se colocan en su posición original y se fijan con un material que normalmente se quedará allí para siempre, aunque en algunas ocasiones (sobre todo en niños), se utilizará material reabsorbible.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, ni puede resolver completamente en todas las ocasiones todas las lesiones producidas por la fractura. Para evitar estas complicaciones es muy importante que Ud colabore plenamente en el tratamiento. Los riesgos más frecuentes incluyen:

- Edema y hematoma periorbitario.
- Hematoma subconjuntival y escleral.
- Alteración en la posición del párpado inferior: párpado inferior caído
- Dificultad para abrir la boca.
- Alteración en la posición ocular: ojo hundido.
- Diplopia: vision doble
- Aumento de la anchura facial.
- Falta de sensibilidad cutánea en la zona infraorbitaria.
- Enfisema subcutáneo: aire en los tejidos subcutaneous.
- Infección y/o osteomielitis.

- Rechazo al material de osteosíntesis.
- Cicatrices inestéticas.
- Alteraciones visuales.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

RIESGOS ESPECIFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:

.....

La intervención suele realizarse con ANESTESIA GENERAL con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración. **Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.**

D/DªDNI.
 ..
 En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado
 En Madrid, a de de 20 ...

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO
 He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las

consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/DªDNI.

..

En calidad de: **¡PACIENTE** **¡TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

FIRMAS

EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL RESPONSABLE

EL MEDICO

En Madrid, a de de 20 ...

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN

.....
.....
.....

Nombre y firma del testigo.
.....

Nombre y firma del Médico responsable.
.....

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

11006 10/06/2015 11:02:33

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).