

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LOS TRAUMATISMOS FACIALES

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 41/2002.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

He sufrido un traumatismo con afectación de alguna parte del esqueleto cráneo-maxilofacial y/o de los tejidos blandos de la cara y del cuello, así mismo he podido sufrir lesiones en otras partes del organismo que compliquen y/o dilaten el tratamiento.

El traumatismo ha podido afectar al tercio superior, medio o inferior de la cara, o lo que ocurre con más frecuencia a una combinación de los mismos, dependiendo las lesiones y futuras secuelas del territorio afectado.

Los traumatismos maxilofaciales producen alteraciones estéticas y/o funcionales tales como alteraciones de la movilidad de los ojos, cambios en la oclusión de los dientes, limitaciones para abrir la boca, y dificultad respiratoria nasal, así mismo pueden producir lesiones, en algunos casos irreversibles, de las arterias y venas cervicales y faciales, nervios motores y sensitivos y órganos sensoriales localizados en la cara y el cuello. Las heridas cutáneas cervicales y faciales también pueden producir alteraciones estéticas y/o funcionales.

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección del traumatismo incluyen abordajes intra y/o extraorales, empleo de material de osteosíntesis para fijar la fractura y empleo de injertos propios, de banco de tejido, o artificiales.

En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma, que serán informados por su anestesista. Algunos casos muy severos requieren traqueostomía.

Entiendo que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por el traumatismo y que mi aspecto exterior difícilmente será igual a antes del mismo, y que pueden producirse secuelas derivadas del traumatismo y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse tratamientos posteriores. Algunos de los problemas que presento, solo van a resolverse de forma parcial en relación a la intensidad y afectación del traumatismo.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Las complicaciones estadísticamente más frecuentes de los tratamientos de los traumatismos maxilofaciales, son múltiples, debido a la amplitud y complejidad del área que abarcan, y dependerán de la zona afectada, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

- Hematomas y edemas postoperatorios.
- Alteraciones de la sensibilidad de alguna zona de la cara, parcial o total.
- Alteraciones de la agudeza visual, audición, habla, sentido del gusto y percepción de los olores, incluso pérdida total de alguno de ellos.
- Alteraciones de los movimientos de los ojos, que origina visión doble.
- Alteraciones de la función respiratoria nasal.
- Deformidades de los huesos de la cara.
- Alteraciones de la oclusión de los dientes.
- Alteraciones de la articulación de la mandíbula con dolor y/o chasquidos, o

cambios de la oclusión de los dientes.

- Falta de unión ósea.
- Infección y/o osteomielitis.
- Rechazo al material de osteosíntesis y/o a los injertos colocados.
- Gingivitis y/o problemas dentarios, incluso pérdida de los dientes.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Cicatrices inestéticas.
- Roturas de instrumentos.

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

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

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

REVOCAION 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: **IPACIENTE ITUTOR 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 11:03:56

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).