

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL LABIO LEPORINO Y DEL PALADAR FISURADO

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

Las fisuras del labio y del paladar son las malformaciones congénitas faciales mayores más frecuentes, y son debidas a alteraciones en el desarrollo del labio y paladar durante el embarazo.

El grado de deformidad es variable, pudiendo afectar al labio y/o paladar en diferentes grados. La fisura labio-palatina conlleva alteraciones funcionales y estéticas, con alteraciones de la pronunciación de las palabras y al tragar, deformidad labial, nasal, del paladar, de la musculatura de la faringe y de la posición de los dientes, así como posibles alteraciones en la salida de los dientes temporales y de los definitivos así como del crecimiento de los huesos de la cara.

El tratamiento de este tipo de deformidades supone generalmente varias intervenciones quirúrgicas, así como el trabajo coordinado con dentistas especialistas en ortodoncia de los dientes.

Dichas intervenciones quirúrgicas buscarán el cierre de las zonas fisuradas y la reposición anatómica más correcta posible, pudiendo para ello precisar la utilización de injertos óseos y/o de cartílago, así como transposición de tejidos locales o a distancia.

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.

Entiendo que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por la deformidad congénita y que mi aspecto exterior difícilmente será perfecto, y que pueden producirse secuelas derivadas de la deformidad y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse más tarde otros tratamientos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Las complicaciones estadísticamente más frecuentes de los tratamientos del labio y paladar fisurados son varias, y dependerán de la gravedad de la deformidad, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

- Hematomas y edemas tras la cirugía.
- Cicatrices inestéticas.
- Deformidad nasal.

- Pérdidas de piezas dentarias.
- Pérdida de hueso y de segmentos labiales.
- Comunicación entre la boca y la nariz.
- Apertura de puntos de sutura.
- Dificultad respiratoria.
- Infecciones de la herida y pérdida de material del injerto óseo.
- Deformidad en silbido del labio superior.
- Disminución o pérdida temporal o permanente de la sensibilidad de la cara.
- Malposición de los segmentos óseos maxilares.

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: **¡PACIENTE** **¡TUTOR 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.

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: **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 11:07:10

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).