

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA BOCA, CARA Y CUELLO

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 tumoraciones que afectan a la cara en sus diversas estructuras (boca, nariz, fosas nasales, senos, órbitas), pueden ser benignas o malignas. Las benignas pueden producir invasión local y tener un crecimiento constante, pero no dan metástasis en los ganglios del cuello ni en el resto del organismo, al contrario de las malignas.

La cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas. Según el tamaño de las mismas, el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras cercanas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico.

Para las tumoraciones malignas, existen tres tipos de tratamiento, con frecuencia utilizados en forma combinada, estos son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

La cirugía en estas lesiones malignas, consiste en extirpar la zona afectada con amplios márgenes de seguridad, incluyendo así una parte importante de tejido sano. Además, en ocasiones y de forma preventiva o curativa, es necesario hacer una limpieza de los ganglios del cuello. Consigue sola o asociada con otros tratamientos, un importante número de curaciones.

Para intentar reconstruir los tejidos eliminados: piel, mucosas, músculos, nervios, huesos, etc., se hace necesario utilizar complejas técnicas de reconstrucción, en ocasiones microquirúrgicas, y el empleo de injertos: bien del propio paciente, del banco de tejidos o artificiales, produciéndose a pesar de todo, alteraciones estéticas y/o funcionales, y pérdida parcial o total de órganos sensoriales.

Por lo tanto es una cirugía delicada y de larga duración, que se realiza en la mayoría de los casos con anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista, pudiendo incluir el uso de traqueostomía, generalmente temporal, transfusiones de sangre y hemoderivados (pudiendo derivarse reacciones o infecciones específicas de ellos), permanencia postoperatoria en UCI durante un período variable de tiempo, y dispositivos especiales para alimentar al paciente hasta que pueda hacerlo por él mismo. En ocasiones, son necesarias cirugías posteriores, como reconstrucción diferida, para corregir secuelas, o para tratar recidivas del tumor

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento de los tumores malignos de cabeza y cuello no está libre de complicaciones, tales como: infecciones, seromas, hemorragias graves, rechazo y/o pérdida del injerto, complicaciones respiratorias y/o cardiovasculares e incluso el fallecimiento del paciente, además de las secuelas propias de la extirpación del tumor que dependen de su localización exacta.

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.

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 11:07:53

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).