

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RINOPLASTIA

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

La cirugía de la nariz se realiza con fines funcionales o estéticos. Los procedimientos funcionales van dirigidos a mejorar la respiración; y los estéticos a corregir defectos congénitos o adquiridos, o simplemente a mejorar el aspecto estético de la nariz de acuerdo con los deseos subjetivos del paciente. Las técnicas pueden ser divididas en rinoplastia abierta (con cicatrices externas) y cerrada (sin cicatrices visibles).

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Hemorragia nasal, generalmente leve, suele resolverse con taponamiento nasal, que puede mantenerse varios días.
- Dificultad respiratoria.
- Infección.
- Inflamación y derrame en ambos ojos y párpados.
- Resultado insatisfactorio: que los resultados no coincidan con las expectativas del paciente.
- Irregularidad en la forma tanto del dorso como de la punta nasal.
- Dorso nasal asimétrico.
- Cicatriz inestética
- Falta de sensibilidad en el área nasal.
- Pigmentaciones de la piel de la nariz.
- Inflamación nasal que puede durar hasta 1 año tras la cirugía.
- Perforaciones del tabique nasal, que pueden requerir cirugía reparadora.
- En el postoperatorio habrá hematoma facial que se eliminará en 7 a 10 días, en algunos casos puede persistir mayor tiempo.

-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 puede realizarse con ANESTESIA GENERAL o mediante ANESTESIA LOCAL CON O SIN SEDACIÓN con el riesgo inherente asociado a las mismas, 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: **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 11:13:09

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).