

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LOS TRAUMATISMOS FACIALES

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 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
 y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho 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 sólo van a resolverse de forma parcial en relación a la intensidad y afectación del traumatismo.

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 específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además en entrevista personal con el Dr he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad)
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)