

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA O DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES.

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la CIRUGÍA ORTOGNÁTICA O DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES.

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía ortognática se realiza para corregir la posición de los huesos maxilares, con los consiguientes beneficios estéticos y/o funcionales.

Se realiza mediante osteotomías (cortes) en los huesos de la cara y su posterior recolocación en la posición adecuada.

Se fijan con osteosíntesis, que es el empleo de materiales que permanecen indefinidamente en su lugar y que habitualmente no hay que quitar, o de materiales que se reabsorben con el tiempo.

El tratamiento ortodóncico suele ser necesario antes y después de la cirugía.

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:

- Hematomas y edema postoperatorio, que pueden derivar en problemas respiratorios más o menos importantes.
- Hematoma e inflamación postoperatoria.
- Hemorragia intra o postoperatoria, que puede requerir transfusión.
- Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dolor postoperatorio.
- Falta de sensibilidad parcial o total de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Normalmente es temporal, pero puede ser permanente.
- Paresia o parálisis del nervio facial, transitoria o permanente.
- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento, e incluso la extracción.
- Mala unión de los fragmentos óseos.
- Necrosis del algún segmento de hueso con pérdida del mismo.
- Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad.
- Sinusitis, comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Deformidad del tabique nasal o de la nariz.
- Maloclusiones dentarias.
- Problemas con las Articulación Temporomandibular.
- No cumplimiento de las expectativas estéticas y/o cambios emocionales reactivos a los cambios faciales.
- En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.
- Rechazo del material de osteosíntesis.

- Rotura de instrumentos.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de las heridas son mayores.

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

.....

.....

En la mayoría de los casos, esta cirugía se realiza con anestesia general (con los riesgos inherentes a ella), que serán informados por su anestesista. También puede ser necesario el uso de transfusiones (pudiendo derivarse reacciones e infecciones específicas).

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: **¡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 11:08:38

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).