CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RINOPLASTÍA

FECHA:………………………….

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente…………………………….………………...…………. Edad:……..………………..

CI……………………………………………………………………………………………

Nombre y Apellidos(Representante legal)...……………………………………………………

CI

OBJETIVO

- Se me ha informado que la rinoplastía es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz. No corrige la función respiratoria ( debe ser valorada por ORL)

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la rinoplastia corrige la forma externa de la nariz.

- Este procedimiento es una cirugía programada que se realiza a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz., separando cuidadosamente los cartílagos y huesos nasales y se corrigen las alteraciones. Posteriormente se sitúan de tal manera que tomen la forma adecuada de la nariz.

- Ocasionalmente puede ser necesario el uso de injertos de hueso o cartílago.

- En el mismo acto quirúrgico se puede realizar la reconstrucción del tabique nasal si está desviado, para aliviar la dificultad respiratoria que dicha desviación puede producir (Septoplastía)

- En esta intervención se deja un pequeño yeso u otro material sobre el dorso de la nariz y se coloca un taponamiento nasal durante unos días.

- Por otra parte, dado que la valoración del resultado de la intervención, por parte del paciente, es subjetiva, cabe la posibilidad de no resultar satisfactorio, o que el proceso de cicatrización altere el resultado.

- Todas estas circunstancias podrían justificar un segundo tiempo operatorio unos meses después.

- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.

- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas. como otros específicos del procedimiento.

* Riesgos inmediatos: 1. pequeñas hemorragias, tanto por fosas nasales como por faringe, que suele ceder en unas horas, de persistir requiere un nuevo taponamiento.
* 2 si el taponamiento es con gasa, ésta puede deslizarse por la parte posterior de la fosa nasal provocando sensación de cuerpo extraño y nauseas, se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro si es necesario.
* 3. sensación de sequedad en garganta por respirar continuamente por la boca
* 4. vómitos sanguinolentos durante las primeras horas por la sangre deglutida.
* 5. infección local con la aparición de síntomas inflamatorios nasales, faciales u orbitarias.
* 6. dolor o adormecimiento en la mejilla o dientes superiores por lesión accidental de nervios pequeños que pasan por el sitio operatorio.
* 7. perforación del tabique nasal.
* 8. sinequias-bridas entre ambas paredes de las fosas nasales.
* 9. aparición de costras nasales y alteraciones del olfato.
* 10. visión doble o inflamación de los párpados o del resto de la cara.
* 11. movilización accidental de la pirámide nasal o lo largo del período de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el período postoperatorio.
* 12. palpación de pequeñas irregularidades por implantación de fragmentos de hueso extirpado bajo la piel.

- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del equipo quirurgico, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos

adicionales, deducciones y cargos no cubiertos.

Los posibles costes adicionales (prolongación de la estancia hospitalaria,

ingreso en la UCI, transfusiones sanguíneas, etc.) si se dan complicaciones derivadas de la cirugía y los costes por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con la revisión quirúrgica correrán también a su cargo y no

están incluidos en el presupuesto orientativo inicial que se le ha facilitado.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

• DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.

• Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

• Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

• También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).………………………………………………….

Paciente…………………………………...........................

CI. …………………………………………..

Firma

Nombre ( testigo)………………………………………………………..

CI…………………….

Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, NO LO ACEPTO, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: …………………………………………………............................................

CI: ……………………………………

Firma:………………………………….....

Fecha:…………………………………….