

Consentimiento informado para Tratamiento de las Fracturas Máxilo Faciales

Dr. Boris Segal

Cirugía Plástica y Estética

Sr. /Sra.:..... De.....
Años de edad. Con domicilio en:
.....

Representante: Sr. /Sra.: de..... años de edad. Con Domicilio
en.....
En calidad de:
.....
(Representante Legal, familiar o allegado).

DECLARO:

Que él Dr.....me ha explicado que es
conveniente proceder, en mi situación;
Al tratamiento quirúrgico para ***FRACTURA MAXILO FACIAL.***

A DETALLAR:

Fractura.....
.....
.....
.....
.....

1.- Mediante este procedimiento se pretende realizar un aseo quirúrgico, reducir e inmovilizar la fractura por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (tornillos, placas) pudiendo complementarse con otro tipo de inmovilización, denominado fijación intermaxilar.

2.- El cirujano me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general.

3.- El tratamiento consiste en la colocación de elementos de osteosíntesis, para inmovilizar, estabilizar y alinear los segmentos fracturados; además el manejo quirúrgico de las partes blandas lesionadas, asociado a un esquema de tratamiento antibiótico según corresponda. El médico me ha explicado la administración de analgésicos para controlar el dolor post quirúrgico después de la intervención. También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción durante la intervención si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intra operatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- 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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

5.- El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, estado bucal) aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
.....
.....
.....

Riesgos poco graves y frecuentes: sangrado de la herida quirúrgica.

Hematomas: Erosiones cutáneas. Dolor prolongado en la zona de la lesión. Disminución de movilidad articular.

Poco frecuentes y de mediana gravedad: Osteomielitis aguda o crónica. .Consolidación en mala posición. Retardo de consolidación. Pseudos artrosis. Rigidez articular. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una re intervención quirúrgica.

6.- El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces en este caso, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales. La realización del procedimiento puede ser filmada para ver el detalle de las lesiones y resultado inmediato post quirúrgico. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para **FRACTURA MAXILO FACIAL.**

En... (Lugar y fecha).....

.....
Firma Paciente

.....
Firma Médico

.....
Firma Representante Legal

REVOCACION:

Sr./Sra.:.....de.....años
de edad. Con domicilio
en.....

Sr. /Sra.:.....de.....
años de edad. Con domicilio
en.....
y RUT N°.....
En calidad
de.....
(Representante Legal, familiar o allegado).

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....
Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por
finalizado.

En...(Lugar y fecha).....

.....
Firma Paciente

.....
Firma Médico

.....
Firma Representante Legal

Normas de Ingreso Quirúrgico

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente la hoja y coloque su firma

Antes de la Intervención:

En los días previos a la intervención:

- 1- Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultarlo, incluidos los utilizados para dolores o catarrros y los que lleven ASPIRINA.
- 2-Notifíquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3-Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4-NO DEBERÍA FUMAR durante las dos semanas previas a la intervención y las dos semanas posteriores, como mínimo.

El Día Anterior al Ingreso:

- 1-Coma alimentos ligeros y evite bebidas alcohólicas.
- 2-Extremar la higiene (baño completo y esmerado) contribuye a prevenir las infecciones postoperatorias.
- 3- No tome nada por boca, ni líquidos (Ayuno Total) desde 8 horas antes de la intervención.

Firma Paciente.....Normas Ingreso Quirúrgico

El Día del Ingreso:

Debe dirigirse a Admisiones (Ingresos) situado en.....
el día:a las.....horas.

1- Con ropa funcional.

2-En su habitación: Deberá vestirse con la prenda de Block quirúrgico que le facilitarán, sin ropa interior y deberá quitarse todos los objetos metálicos (Reloj, anillos, pendientes, pulseras, piercing, etc.), así como las piezas dentales móviles.

3- Deberá retirarse el maquillaje o esmalte de uñas.

Durante la Internación:

Normas Postoperatorias:

1- Después de la intervención usted tendrá la boca un poco seca, pueden humedecerse los labios, pero no puede beber agua hasta pasadas unas horas. Consulte con las enfermeras cualquier duda que pueda tener.

2- Es obligatoria la presencia de un/a acompañante durante todo el período de ingreso postoperatorio hasta el Alta.

3- Puede levantarse tan pronto como se lo permita, PERO CON AYUDA. No intente levantarse si se encuentra solo/a en la habitación, ya que podría sufrir un desvanecimiento.

4-El paciente será visitado diariamente.

5-No es extraño tener temperatura axilar hasta 38°C, si aumenta debe ser comunicado.

Cuidados Postoperatorios:

- 1-Antes de ser dado de Alta, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios (llamar para confirmar la hora).
- 2-Puede ducharse a partir del segundo día, evitando friccionarse en las áreas intervenidas y al finalizar, deberá secarse con secador frío sobre las incisiones para mantenerlas secas.
- 3- Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por un período de tres a seis semanas aproximadamente.
- 4- En ningún caso deberá tomar sol o los rayos UVA sobre las incisiones.