Consentimiento Informado
CIRUGÍA QUEMADURAS INFANTIL

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos
Mediante estos procedimientos se pretende asear la zona de quemadura, eliminar el tejido desvitalizado y darle una cobertura cutánea temporal y posteriormente si lo requiere darle cobertura cutánea definitiva.

Características
Es necesario realizar alguno o varios procedimientos quirúrgicos: aseo quirúrgico de la quemadura, escarectomía de la quemadura y eventual escarotomía, coberturas transitorias de piel con aloinjertos, heteroinjertos u homoinjertos y/o coberturas definitivas de piel con autoinjertos, colgajos o sustitutos dérmicos.
Es probable, por la naturaleza de la lesión, que sean necesarias varias intervenciones quirúrgicas hasta alcanzar la cobertura cutánea definitiva.
La persistencia de la actual condición de pérdida de cobertura cutánea puede determinar, perdida excesiva de líquidos, mayor compromiso del estado general, sepsis, lo que puede llevar a complicaciones de difícil resolución o francamente irreparables con compromiso vital. La extensión y localización de la quemadura de mi hijo y patologías agregadas pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: sepsis, shock, problemas respiratorios, alteraciones de la coagulación. En todo paciente quemado es frecuente algún grado de secuela a largo plazo que varía desde pequeñas alteraciones del color hasta grandes secuelas estético-funcionales.

Riesgos
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. Estos pueden ser: sangramiento, hematomas, infección. Escarectomía y/o escarotomía: sangramiento, hematoma, infección. Cobertura cutánea temporal con aloinjertos, heteroinjertos u homoinjertos: alergias, infección, rechazos. Cobertura cutánea definitiva con autoinjertos, colgajos o sustitutos dérmicos: pérdida parcial o total de injertos, infección, dehiscencia de colgajos. Zonas dadoras de autoinjerto: sangramiento, profundización de la zona donante, infección, cicatriz hipertrófica.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdos a los hallazgos intra operatorios.
El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención. Me ha indicado además, la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA DE QUEMADURAS INFANTIL.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal