

Consentimiento Informado

CIRUGÍA CORRECCIÓN FISURA LABIAL INFANTIL

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende unir los segmentos del labio que están separados, como también unir el piso nasal y si es posible el reborde alveolar.

Características

A fin de restaurar el grupo completo de músculos se debe hacer una incisión completa. Para crear una cicatriz menos obvia el cirujano tratará de alinear la cicatriz con las líneas naturales en el labio superior (como los bordes del filtrum) y meter puntadas tan lejos de la nariz como sea posible. La hendidura incompleta da al cirujano más tejido para trabajar, creando un labio superior que parece más flexible y natural.

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se me ha explicado que si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

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:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

Pocos frecuentes y graves: Shock anafiláctico y/o hemodinámica, sepsis.

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 reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales que pueden ser a permanencia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, malformaciones congénitas y enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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 CORRECCIÓN FISURA LABIAL INFANTIL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal