

Consentimiento Informado CIRUGÍA FRACTURA MAXILOFACIAL EXPUESTA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende realizar un aseo quirúrgico, reducir e inmovilizar la fractura expuesta por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas) o fijadores externos, según el grado de lesión de las partes blandas hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado los que de acuerdo a la evolución del cuadro, requerirían o no su retiro en el futuro.

Características

El tratamiento consiste en la colocación de un fijador externo o interno, para inmovilizar y estabilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada y además el manejo quirúrgico de las partes blandas lesionadas, asociado a un esquema de tratamiento antibiótico estandarizado. El médico me ha explicado que un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción 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.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general.

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:

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 reintervención quirúrgica.

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) 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 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.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA FRACTURA MAXILOFACIAL EXPUESTA.**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal