

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA CON LASER CO2 ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El LASER consiste en unas ondas de luz emitidas desde un aparato que en contacto con las células las destruyen, actuando como un bisturí de alta precisión. Este procedimiento evita en gran parte el sangrado y los puntos tras la cirugía, así como la disminución del dolor postquirúrgico. La cirugía con LASER se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral y piel, tales como: extirpación de pequeños tumores o lesiones premalignas de la mucosa de la boca, angiomas, frenillos, fibromas, papilomas, así como de lesiones blanquecinas de la boca (leucoplasias). También puede emplearse para reseca manchas o lesiones en la piel y en los labios. La intervención puede realizarse con anestesia general o local (con los riesgos inherentes a ellas que serán informados por su anestesista), y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo principal es eliminar la lesión, tumor, mancha, etc. que presenta el paciente, con una técnica poco dolorosa, precisa y con buenos resultados previsibles.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El objetivo principal es eliminar la lesión, tumor, mancha, etc. que presenta el paciente, con una técnica poco dolorosa, precisa y con buenos resultados previsibles.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Hematoma e hinchazón de la región.
- Aparición de una escara (costra) en la zona cauterizada, que se irá cubriendo de una capa de tejido amarillento (fibrina), que tras unas semanas se desprenderá, prosiguiendo el proceso de cicatrización de la herida hasta la completa resolución de la misma.

- Molestias o dolor local y regional.
 - Sangrado leve ocasional de la herida.
- En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

- Persistencia de las lesiones o progresión de las mismas, salvo que decida realizar extirpación de las mismas por medios clásicos descritos anteriormente.

En su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Infección de los puntos de sutura.
2. Infección de los tejidos o del hueso.
3. Hemorragia postoperatoria leve.
4. Apertura (dehiscencia) de los puntos de sutura en caso de darse.
5. Daño a los dientes vecinos, en forma de quemaduras o roturas.
6. Quemadura de partes de la piel o mucosa cercanas al lugar de la operación.
7. Riesgo de combustión (quemadura) de los paños o gasas empleados para la protección del paciente.
8. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
9. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
10. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
11. Reparación de las lesiones según el tipo.

En su caso:

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Alergia a anestésicos u otros medicamentos usados antes, durante o después de la cirugía.
2. Rotura de instrumentos.
3. Rotura de la aguja de anestesia.- Daño por el haz de luz a diversas estructuras oculares, u otras zonas de la piel, mucosa, dientes, etc.
4. Desarrollo de Herpes labial (calentura) en el área operada, o cercana en personas que ya han padecido episodios previos.
5. Infecciones locales severas.

En su caso:

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA