

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE PIEL DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO 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

Las tumoraciones que afectan a la PIEL DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO, en sus diversas estructuras pueden ser benignas o malignas. Las benignas pueden producir invasión local y tener un crecimiento constante, pero no dan metástasis en los ganglios del cuello ni en el resto del organismo, al contrario de la mayoría de las malignas.

Según el tamaño de las lesiones a eliminar el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras cercanas, bien para darnos margen de seguridad en la extirpación, o para reconstruir el defecto que queda tras la extirpación. La cirugía de las lesiones benignas consiste en eliminar ésta, y cerrar el defecto creado por la cirugía. (Siempre se intentará utilizar la mejor reconstrucción según las circunstancias de cada caso y paciente).

La cirugía de las lesiones malignas, consiste en extirpar la zona afectada con amplios márgenes de seguridad, incluyendo así una parte del tejido aparentemente sano que rodea la lesión. Además, en ocasiones y de forma preventiva o curativa, es necesario hacer una limpieza de los ganglios del cuello (según el tipo de tumor si es su caso). Como en el caso de las lesiones benignas, siempre se intentará utilizar la mejor reconstrucción según las circunstancias de cada caso y paciente.

Otros procedimientos consisten simplemente en tomar una muestra parcial o total de la lesión a tratar (biopsia), que en otros casos se realiza durante la cirugía de extirpación para facilitar el control de márgenes.

Según los casos se pueden realizar con anestesia local o general, 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.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Eliminación de las lesiones o tumoraciones sean malignas o benignas, con intención de evitar reapariciones de la enfermedad (recidivas), asociando tratamientos complementarios en ocasiones para aumentar la tasa de éxitos. Además otro de los objetivos a realizar tanto en un primer momento como posteriormente es la reconstrucción quirúrgica lo más completa posible para ofrecer al paciente una funcionalidad y calidad de vida después de su tratamiento óptima, facilitando su reincorporación a su vida habitual. En ocasiones, son necesarias cirugías posteriores, como reconstrucción diferida, para corregir secuelas, o para tratar recidivas del tumorales.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Para las tumoraciones benignas en su caso:

Para las tumoraciones malignas existen tres tipos de tratamiento, con frecuencia utilizados en forma combinada, estos son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

En ocasiones y según su caso, y tipo de tumor, la radioterapia o la quimioterapia solas o combinadas pueden ser una alternativa al tratamiento quirúrgico inicial.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Inflamación local o regional.
2. Dolor y malestar de intensidad variable.
3. Hematoma local o regional, disminución de la sensibilidad de la zona operada.
4. Cicatriz en la zona operada.
5. Tirantez, y sensación de tensión local.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En las lesiones benignas si es su caso, progresión del crecimiento, que en el caso de tumoraciones benignas pueden provocar compresiones a estructuras vecinas, deformidades más o menos aparentes, e incluso malignización a largo plazo según la estirpe tumoral.

En el caso de los tumores malignos, crecimiento tumoral, invasión de estructuras cercanas y en los casos de tumores que se extiendan a distancia metástasis, con extensión de la enfermedad a zonas cercanas como el cuello, y/o lejanas como el hígado o los pulmones, que probablemente pondrán en peligro la vida del paciente.

En su caso:

RIESGOS FRECUENTES

Infecciones, seromas, edemas, hemorragias, rechazo y/o pérdida del injerto o colgajo de manera parcial que puede requerir curas prolongadas o incluso reintervenciones, dehiscencia (apertura) de las heridas quirúrgicas, complicaciones respiratorias.

En su caso además:

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

1. Rechazo y/o pérdida del injerto o colgajo de manera total que puede requerir curas prolongadas o reintervenciones para cubrir la zona afectada. Parálisis de músculos debido a sección de nervios motores.
2. Complicaciones respiratorias, digestivas, cardiovasculares graves, y sepsis entre otras.
3. Hemorragias graves. Roturas de instrumentos.
4. Incluso el fallecimiento del paciente.

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