

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA O DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES 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

La corrección de las deformidades dentofaciales se realiza mediante osteotomías (cortes) en los huesos de la cara y su posterior recolocación en la posición adecuada, frecuentemente fijados con osteosíntesis, que es el empleo de materiales metálicos o no, que permanecen indefinidamente en su lugar y que habitualmente no hay que quitar, o de materiales que se reabsorben con el tiempo (reabsorbibles). El tratamiento ortodóncico suele ser necesario antes y después de la cirugía. Adicionalmente, restauraciones dentales, periodoncia (tratamiento de las encías), y tratamiento endodóncico puede ser necesario postoperatoriamente.

En la mayoría de los casos, esta cirugía se realiza con anestesia general (con los riesgos inherentes a ella), que serán informados por su anestesista y puede ser necesario el uso de transfusiones (pudiendo derivarse reacciones e infecciones específicas).

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 y radiográfico, 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 será solucionar el problema de la deformidad dentoalveolar que sufre el paciente.

La cirugía ortognática se realiza para corregir la posición de los huesos maxilares y no los dientes individualmente, con la consiguiente mejora del aspecto estético y/o funcional a la hora de masticar y hablar.

En su caso además:

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

1. Realización de ortodoncia sin cirugía posterior, para intentar mejorar la mordida.
2. Técnicas denominadas de camuflaje de las deformidades dentofaciales, que no buscan corregir al máximo posible la deformidad sino camuflarlas como su nombre indica (hacer que se noten lo menos posible). Suelen ser técnicas normalmente más sencillas, pero de resultado menos ambicioso.
3. Revisiones periódicas hasta que el paciente entienda que la deformidad le ocasiona un trastorno lo suficientemente intenso, y desee intentar corregirlo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Inflamación loco/regional moderada o intensa, dolor variable, dificultades para la alimentación, apertura de la boca, habla, según los casos, durante aproximadamente 7-14 días aproximadamente.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia de las molestias, inflamaciones, dolor, etc. que motivan la consulta para la exodoncia de los mismos, además de los objetivos que se citan en el capítulo anterior de objetivos.

En su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Hematoma e inflamación postoperatoria.
2. Hemorragia leve o moderada intraoperatoria o postoperatoria.
3. Infección postoperatoria, de los puntos de sutura, e incluso osteomielitis (infección del hueso).
4. Dolor postoperatorio.
5. Apertura de los puntos de sutura (dehiscencia).
6. Falta de sensibilidad de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar; parcial o temporal.
7. Falta de movilidad del nervio facial o alguna de sus ramas, temporal o parcial.
8. Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento, e incluso la extracción.
9. Daño a los dientes vecinos.
10. Mala unión de los fragmentos óseos.
11. Recidiva (recaída) parcial de la deformidad.
12. Sinusitis.
13. Deformidad del tabique nasal o de la nariz.
14. No cumplimiento de las expectativas estéticas y/o cambios emocionales reactivos a los cambios faciales.
15. En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.

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

1. Falta de sensibilidad de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar total, o permanente.
 2. Falta de movilidad del nervio facial o alguna de sus ramas, total o permanente.
 3. Infección grave de los tejidos o del hueso.
 4. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares. Recidiva (recaída) total de la deformidad.
 5. Fracturas óseas.
 6. Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
 7. Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- En su caso además:

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

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/Dª			
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/Dª			
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/Dª			
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