

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRAUMATISMOS FACIALES ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

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

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
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			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Usted ha sufrido un traumatismo con afectación de alguna parte del esqueleto cráneo-maxilofacial y/o de los tejidos blandos de la cara y del cuello, así mismo ha podido sufrir lesiones en otras partes del organismo que compliquen y/o dilaten el tratamiento. El traumatismo ha podido afectar al tercio superior, medio o inferior de la cara, o lo que ocurre con más frecuencia a una combinación de los mismos. Las lesiones que puede presentar debido a su gran complejidad, dependen del territorio afectado.

La cirugía reparativa de este tipo de lesiones pretende devolver al paciente el aspecto y la funcionalidad lo más parecida a la previa al traumatismo, por medio de recolocación de los huesos fracturados si es su caso, como de la reposición y reparación de los tejidos blandos en la medida de lo posible.

En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma, que serán informados por su anestesista. Algunos casos muy severos requieren traqueostomía.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Evitar las deformidades estéticas y secuelas por mal funcionamiento, de estructuras faciales afectadas por el traumatismo, que de no ser colocadas en su posición original pueden dar lugar a secuelas de mayor o menor importancia. Los procedimientos quirúrgicos para la corrección del traumatismo incluyen abordajes intra y/o extraorales, empleo de material de osteosíntesis para fijar la fractura y empleo de injertos propios, de banco de tejido, o artificiales y otros que según su caso particular le indicará su cirujano.

Debe entender que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por el traumatismo y que su aspecto exterior difícilmente será igual a antes del mismo, pudiendo producirse secuelas derivadas del traumatismo y/o de la intervención quirúrgica recibida, y necesitarse tratamientos posteriores. Algunos de los problemas que presenta es posible que sólo se resuelvan de forma parcial en relación a la intensidad y afectación del traumatismo.

En su caso:

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Debido a la complejidad de las mismas serán indicadas de manera individual por su cirujano maxilofacial:

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Inflamación local o regional, dificultades para la alimentación, apertura de la boca, visión, respiración nasal, habla, según los casos, y de duración muy variable debido a la gran variedad de afectación de las distintas estructuras faciales.

2. Dolor y malestar de intensidad variable.

En su caso además:

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Los traumatismos maxilofaciales producen alteraciones estéticas y/o funcionales tales como alteraciones de la

movilidad de los ojos, cambios en la oclusión de los dientes, limitaciones para abrir la boca, y dificultad respiratoria nasal, así mismo pueden producir lesiones, en algunos casos irreversibles, de las arterias y venas cervicales y faciales, nervios motores y sensitivos y órganos sensoriales localizados en la cara y el cuello. Las heridas cutáneas cervicales y faciales también pueden producir alteraciones estéticas y/o funcionales.

Además, y en su caso particular el cirujano le hará constar los riesgos específicos en su caso:

#### RIESGOS FRECUENTES

1. Hematomas y edemas postoperatorios.
  2. Alteraciones de la sensibilidad de alguna zona de la cara, parcial o total.
  3. Alteraciones de la agudeza visual, audición, habla, sentido del gusto y percepción de los olores, incluso pérdida total de alguno de ellos.
  4. Alteraciones de los movimientos de los ojos, que origina visión doble.
  5. Alteraciones de la función respiratoria nasal.
  6. Deformidades de los huesos de la cara.
  7. Alteraciones de la oclusión de los dientes.
  8. Alteraciones de la articulación de la mandíbula con dolor y/o chasquidos, o cambios de la oclusión de los dientes.
  9. Gingivitis y/o problemas dentarios, incluso pérdida de los dientes.
- En su caso además:

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

1. Falta de unión ósea.
2. Rechazo o proceso inflamatorio alrededor del material de osteosíntesis y/o a los injertos colocados.
3. Infección y/o osteomielitis.
4. Roturas de instrumentos.
5. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
6. Cicatrices inestéticas.
7. Hemorragias graves.

Otras específicas que le explicará su cirujano maxilofacial:

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

#### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>