

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL LABIO LEPORINO Y DEL PALADAR FISURADO

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

Las fisuras del labio y del paladar son las malformaciones congénitas faciales mayores más frecuentes, y son debidas a alteraciones en el desarrollo del labio y paladar durante el embarazo.

El grado de deformidad es variable, pudiendo afectar al labio y/o paladar en diferentes grados. La fisura labio-palatina conlleva alteraciones funcionales y estéticas, con alteraciones de la pronunciación de las palabras y al tragar, deformidad labial, nasal, del paladar, de la musculatura de la faringe y de la posición de los dientes, así como posibles alteraciones en la salida de los dientes temporales y de los definitivos, así como del crecimiento de los huesos de la cara.

El tratamiento de este tipo de deformidades supone generalmente varias intervenciones quirúrgicas, así como el trabajo coordinado con dentistas especialistas en ortodoncia de los dientes.

Dichas intervenciones quirúrgicas buscarán el cierre de las zonas fisuradas y la reposición anatómica más correcta posible, pudiendo para ello precisar la utilización de injertos óseos y/o de cartílago, así como transposición de tejidos locales o a distancia.

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.

Entiendo que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por la deformidad congénita y que mi aspecto exterior difícilmente será perfecto, y que pueden producirse secuelas derivadas de la deformidad y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse más tarde otros tratamientos.

Las complicaciones estadísticamente más frecuentes de los tratamientos del labio y paladar fisurados son varias, y dependerán de la gravedad de la deformidad, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

- Hematomas y edemas tras la cirugía.
- Cicatrices inestéticas.
- Deformidad nasal.
- Pérdidas de piezas dentarias.
- Pérdida de hueso y de segmentos labiales.
- Comunicación entre la boca y la nariz.
- Apertura de puntos de sutura.
- Dificultad respiratoria.
- Infecciones de la herida y pérdida de material del injerto óseo.
- Deformidad en silbido del labio superior.
- Disminución o pérdida temporal o permanente de la sensibilidad de la cara.
- Malposición de los segmentos óseos maxilares.



Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además en entrevista personal con el Dr he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad)
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)