



Consentimiento Informado
Rinoplastia (Nariz Leporina)

Consentimiento Informado Para Rinoplastia (Nariz Leporina)

Consentimiento Informado Para Rinoplastia (Nariz Leporina)

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente, en el caso de mi hijo(a) proceder al

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA NARIZ LEPORINA RINOPLASTÍA

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende: dar simetría a la punta nasal, levantando el cartílago alar afectado, dar simetría al piso nasal, mejorar la proyección de la punta nasal.

En esta intervención se realizan incisiones intranasales para evitar las cicatrices se disecan los cartílagos que se encuentran mal posicionados y se reubican en una situación más armónica, es posible que sea necesario realizar injerto de cartílago tomado de la estructuras cartilagosas de la nariz o de cartílago auricular si el tejido local no fuera suficiente. La sutura que se emplea es reabsorbible de modo que no es necesario retirarla, en ocasiones excepcionales se emplea sutura irreabsorbibles para fijar injerto de cartílago que luego deberá retirarse. La forma y los cambios logrados de aseguran y mantienen con cintas adhesivas y/o yeso modelador.

El médico me ha advertido que para realizar la intervención se requiere la administración de anestesia general. y que es posible que durante o después de la intervención en circunstancias muy excepcionales, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia. También sé, que es probable que durante la cirugía se realice alguna modificación de la técnica quirúrgica original, por eventual hallazgo intra operatorio, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado para el caso específico.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica, y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, denominados complicaciones.

Las complicaciones pueden ser menores o mayores, pueden propias de esta cirugía, o comunes a cualquier procedimiento quirúrgico. Entre las más comunes se encuentra la infección local o sistémica, el sangrado intra operatorio o post operatorio inmediato.

También me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, curaciones locales, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica o revisión bajo anestesia general.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa especial, tal como. **AYUNO ADECUADO, SEGÚN EDAD Y TIPO DE ALIMENTO.**

He sido informado acerca de la necesidad de advertir de posibles alergias medicamentosas detectadas previamente, alteraciones de la coagulación, existencia de otras enfermedades congénitas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones del metabolismo, existencias de prótesis, marcapasos, ingesta de medicamentos a permanencia, antecedentes de cicatrices inconvenientes en los familiares directos del paciente, o cualquier otra circunstancia que me parezca especial.

El médico me ha dado a conocer que esas condiciones pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: dehiscencia de la herida operatoria, sangrado, infección, cicatriz hipertrófica o indeseable.

El médico me ha explicado que en esta patología no existe otra alternativa eficaz de tratamiento y que tomando las precauciones correspondientes y con una adecuada técnica quirúrgica los riesgos se minimizan, aunque no desaparecen.

Declaro también que he sido informada acerca de los cuidados post operatorios especiales en esta cirugía que están en relación con la delicadeza con la que se debe alimentar el paciente en la primera semana después de la intervención, además de evitar las actividades bruscas para impedir que se golpee o traumatice la zona intervenida. También me ha explicado que debo evitar los contagios de enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales por lo que el paciente no debe ser expuesto a otros niños que presenten patologías sospechosas en los 10 primeros días de post operatorio.

Declaro que he comprendido las explicaciones, que el lenguaje ha sido claro y sencillo.

El médico, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado acerca de esta intervención.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que entiendo la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **DE LA NARIZ LEPORINA RINOPLASTÍA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir
el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....