

Consentimiento Informado Para Cobertura Injertos de Piel

Cirugía Plástica Adulto

Consentimiento Informado Para Cobertura Injertos De Piel

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de
COBERTURA INJERTOS DE PIEL

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende la cobertura temporal o definitiva de defectos de tejido mediante un injerto de piel. Este injerto es tomado de la misma piel del paciente procurando si es posible de zonas que puedan tener el menor impacto estético. Los injertos de piel pueden ser de distintos espesores (injerto de piel total o dermoepidérmico) según requiera la zona del defecto. Según esto y el tamaño de la región que debe ser reparada, será también la magnitud de la cicatriz.

- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados.
- El tipo de anestesia requerida será indicada por el Anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
- También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
- A pesar de la adecuada elección de la técnica y correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) o particulares del tipo de cirugía, las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.)
- Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la cirugía de Injertos de piel, la decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, usted debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la cobertura con Injertos de Piel, debiendo mencionarse las siguientes por frecuencia de ocurrencia:

- **Pérdida parcial o total del injerto:** Por distintos factores puede producirse la pérdida parcial o total del injerto de piel, es decir que no se adhiera a la zona que se desea reparar. Si esto ocurre puede ser necesario una nueva cirugía.

- **Retardo en la cicatrización:** la apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar los tejidos no curados. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
- **Aspecto de la cicatriz:** El aspecto de la zona injertada variara y probablemente mejorara con el paso del tiempo, dependiendo esto del grado y ubicación del defecto inicial. Sin embargo en la mayoría de los casos no llegara a ser como la piel original. Tiene que considerar que esta cirugía pretende principalmente reparar un defecto importante.
- **Cambios en la sensibilidad cutánea:** la disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona cercana a las incisiones puede no recuperarse del todo después de la cirugía.
- **Cicatrización cutánea:** pueden producirse cicatrizaciones anormales, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la cicatrización.
- **Infección:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

COBERTURA CON INJERTOS DE PIEL.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).