

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RINOSEPTOPLASTIA (intervención en la forma y función de la nariz)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted se va a someter se denomina Rinoseptoplastia y tiene como meta producir cambios en el aspecto, estructura y función de la nariz. Puede ayudar a corregir defectos de nacimiento, secuelas de traumatismos o bien lesiones sin causa aparente que deforman la nariz y ocasionan problemas respiratorios.

CÓMO SE REALIZA

La operación se realiza casi siempre bajo anestesia general.

No existe un tipo universal de Rinoseptoplastia que cubra las necesidades de todos los pacientes. Como norma general casi siempre se actúa sobre la punta, dorso y tabique nasales. Las incisiones de entrada pueden hacerse por dentro de la nariz, o en sitios poco visibles cuando se hacen por fuera. En algunos casos es necesario hacer injertos de cartílago que se pueden extraer de la oreja o de las costillas, generando cicatrices en las zonas donantes. En casos complejos puede ser necesario extraer injertos óseos de las costillas o del cráneo.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Cicatrices si ha sido abierta o se han utilizado zonas donantes. Edema facial y dificultad respiratoria iniciales. Desaparecen al cabo de unas semanas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En la mejora de la función respiratoria y en una forma más apropiada.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Edema o Hematoma facial: Muy acentuado en los primeros tres días después de la intervención. Después comienza a remitir poco a poco.
- Dificultad para la respiración nasal: en los primeros días debido al taponamiento nasal y después por la hinchazón propia de la manipulación de las estructuras nasales.
- Pérdida de sensibilidad. Existe la posibilidad de adormecimiento permanente de la piel nasal después de la Rinoseptoplastia.
- Alteraciones de la vía aérea nasal. Pueden ocurrir cambios que interfieran con el paso normal de aire a través de la nariz.
- Perforación del tabique nasal. Existe la posibilidad (rara) de que la cirugía favorezca el desarrollo de una perforación en el tabique nasal. En algunos casos puede ser imposible reparar esta complicación.

• LOS MÁS GRAVES:

- Hemorragia. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para detener el sangrado, y / o transfusión de sangre.
- Hematoma: La acumulación de sangre bajo la piel puede retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

- Infección. La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- Cicatrización. Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante.
- Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, conductos lagrimales, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio de la rinoseptoplastia. La cirugía puede producir deformidades visibles o palpables, pérdida de función, o malposición estructural después de la rinoseptoplastia. Puede necesitarse cirugía adicional si el resultado de la rinoseptoplastia es insatisfactorio.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podría tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento	
Apoderado: _____	Rut: _____

_____	_____
Firma paciente o apoderado	Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION	
_____	_____
Firma Paciente o Apoderado	Firma Médico