

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE OTOPLASTIA Y RECONSTRUCCIÓN AURICULAR**

Acto Médico Programado

Conforme a los **DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE** como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 de 14 de Noviembre, en sus artículos 4, 8 y 9 y normativa concordante, se emite el presente consentimiento.

Este documento pretende explicar de forma clara y comprensible para el paciente la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica, o actuación que se le va a realizar.

Asimismo contempla como se va a realizar la intervención, prueba diagnóstica, o actuación, que riesgos comprende esta y las posibles complicaciones que pueden surgir durante la intervención y en el postoperatorio, así como las contraindicaciones y los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

### **SOLICITUD DE INFORMACION**

Conforme al art.4 y 9 de la Ley básica de la Autonomía del Paciente, manifiesto expresamente mi deseo de no ser informado acerca de mi patología y de la intervención que se me va a realizar.

### **DATOS DE IDENTIFICACION**

**Nombre y apellidos del paciente:**

**Email:**

Manifiesto que aún facilitando correo electrónico, a la firma de este consentimiento se me hace entrega de una copia del mismo.

**Fecha de entrega del consentimiento:**

**Facultativo informante:** Joel Joshi **Colegiado Nº:** 284619581

### **DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Las deformidades del pabellón auricular pueden existir desde el nacimiento o ser consecuencia de lesiones traumáticas o por cirugía de tumores.

El procedimiento quirúrgico es diferente según el tipo de deformidad o ausencia de pabellón. Así, diversas técnicas de reconstrucción pueden plantearse como utilización de la piel posterior, modelado del cartílago auricular, resección parcial del mismo, sustitución parcial por otros cartílagos, etc...

Saldrá de quirófano con un vendaje que se mantendrá entre días y semanas según la causa de la deformidad y la técnica empleada.

### **Tipo de anestesia**

El procedimiento requiere de anestesia general, de cuyas características y riesgos será informado por el anesthesiólogo. En alguna ocasión, en alteraciones más leves, puede realizarse la reconstrucción bajo anestesia local o sedación.

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

### **Objeto de la intervención**

El objetivo principal de la intervención es la corrección parcial de la forma posición y/o dirección que tiene el pabellón auricular.

### **Alternativas al procedimiento**

Podría no realizarse esta corrección, con lo que persistirían la situación inestética, y en el caso de la deformidad en la infancia, con las posibles secuelas psicológicas y sociales.

### **Riesgos y secuelas esperables**

- Los riesgos más habituales del procedimiento consisten en la aparición de hemorragia, hematomas, infección y dolor postoperatorio.
- Es frecuente, y habitual, la aparición de infecciones de las zonas intervenidas, hematomas, molestias e inflamación, así alteraciones de la sensibilidad de las zonas intervenidas.
- Las cicatrices pueden ser inestéticas, y la propia cirugía puede no conseguir cumplir las expectativas estéticas del paciente, no garantizándose resultado concreto alguno.

### **Complicaciones**

- Puede producirse una dehiscencia de la herida, formación de seromas (acumulación de líquido bajo la piel) o infección, con o sin necrosis de los tejidos implicados. La infección del cartílago puede ocasionar una nueva deformidad del pabellón. La necrosis o muerte de los tejidos puede obligar a realizar una resección parcial o completa del pabellón.
- La cirugía puede ocasionar una alteración o pérdida de la sensibilidad de la zona cervical y el pabellón auricular.
- Es frecuente que se precisen nuevas intervenciones reparadoras.
- Como en toda intervención quirúrgica, pueden presentarse complicaciones comunes o más graves, por la propia técnica quirúrgica o por la situación basal del paciente que requieran otras terapias asociadas o modificación de la estrategia quirúrgica prevista. Por ello, ha de entender que pueda modificarse el procedimiento para concluir de manera satisfactoria la intervención., previa comunicación, a usted o persona vinculada, teniendo en cuenta que se actuará en base al criterio clínico del facultativo según lex artis ad hoc, siempre en su beneficio clínico.

### **Riesgos relacionados con sus circunstancias personales**

Existen una serie de factores que pudieran alterar el proceso de reparación de las estructuras óseas y de tejidos blandos intervenidos y que aumenten la gravedad y probabilidad de riesgos y complicaciones, como son: consumo de fármacos a dosis elevadas (corticoides, citostáticos, inmunosupresores, fármacos biológicos, etc...), alteraciones nutricionales (malnutrición proteica, deficiencia de vitamina C y D, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, etc...), enfermedades pulmonares, enfermedades sistémicas, hábitos (tabaco, alcohol) o patologías congénitas.

La existencia de tratamientos físicos previos, en la zona (p.e. radioterapia) puede dificultar y complicar la propia intervención y el postoperatorio, retrasando la evolución.

### **Advertencias / Contraindicaciones si procede**

El paciente deberá informar de la existencia de situaciones que puedan aumentar el riesgo de complicaciones como:

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

empleo de fármacos anticoagulantes, o antiagregantes (que pudieran aumentar el riesgo de sangrado durante el tratamiento), infecciones concomitantes agudas, diabetes mellitus (que aumente el riesgo de infección local de herida y/o material o descompensación de la enfermedad durante el tratamiento), cirugías previas, enfermedades inmunológicas o autoinmunes, enfermedades oncológicas, etc...

Debe así mismo, informar de la posible existencia de alergias o sensibilizaciones a fármacos.

**RIESGOS PERSONALIZADOS:** *El paciente no refiere riesgos personalizados*

**OTRAS OBSERVACIONES:** *Sin nada más que añadir*

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581

### **DECLARACIONES Y FIRMAS**

**D./D<sup>a</sup>.:** \_\_\_\_\_ con **NIF/NIE:** \_\_\_\_\_

**DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico abajo firmante, del procedimiento quirúrgico, prueba diagnóstica, o actuación que se va a realizar, los riesgos que conlleva esta intervención así como sus complicaciones que pueden surgir teniendo en cuenta mis circunstancias personales y profesionales.

**DECLARO,** que han sido contestadas todas aquellas preguntas que me han surgido relacionadas con la intervención, riesgos y complicaciones de esta, quedando satisfecho con las respuestas recibidas.

Asimismo, **AUTORIZO** al médico a la toma de imágenes y grabaciones para una adecuada documentación del caso con fines científicos o de divulgación, quedando garantizado el anonimato de mi persona.

**DECLARO** finalmente, la reserva del derecho a ser revocado discrecionalmente el presente consentimiento por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento, prueba o actuación descrita.

**AUTORIZO** a que el presente consentimiento informado me sea enviado por correo electrónico, siendo la clave de acceso mi número de identificación fiscal con la letra en mayúscula. (Es importante que compruebe su correcta recepción y acceso, para en caso de incidencia ponerse en contacto con nosotros).

