

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES

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./Dra., 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 deformidades dentofaciales requieren un tratamiento multidisciplinario que debe ser dirigido de forma coordinada por un ortodoncista y un cirujano oral y maxilofacial. El objetivo es una mejoría funcional y estética. La cirugía ortognática se realiza para corregir la posición de mis huesos maxilares y no los dientes individualmente, con la consiguiente mejora del aspecto estético y/o funcional a la hora de masticar y hablar. Se realiza mediante fijación con osteosíntesis. Adicionalmente, otros tratamientos dentales como restauraciones, periodoncia (tratamiento de las encías), y endodoncia pueden ser necesario postoperatoriamente. En la mayoría de los casos, el procedimiento precisa anestesia general, con el riesgo inherente a la misma, que será informado por su anestesista y puede ser necesario el uso de transfusiones.

A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir y no en forma exhaustiva las estadísticamente más frecuentes:

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.
- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria. Daños o lesiones vasculares
- Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dolor postoperatorio.
- Hipoestesia o anestesia de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Paresia o parálisis del nervio facial, transitoria o permanente.
- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción.
- Mala unión de los fragmentos óseos. Fracturas óseas no planificadas que puedan requerir tratamiento
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Deformidad del tabique nasal o de la nariz.
- Daños indirectos del nervio óptico
- Necesidad de reintervención temprana por resultados insatisfactorios
- Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad.
- No cumplimiento de las expectativas estéticas y/o cambios emocionales reactivos a los cambios faciales.
- En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.
- Alteraciones en la articulación temporomandibular
- Intolerancia al material de osteosíntesis
- Rotura de instrumentos.

Pueden ser necesarios una serie de tratamientos postoperatorios, tales como: fisioterapia, colocación de una férula entre los dientes, reconstrucciones dentarias, cirugía adicional.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración tanto durante la intervención como en el postoperatorio, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados

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. / Dra.
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

Dr. Joel Joshi Otero MD, PhD.
Cirugía Oral y Maxilofacial
Fellow Europeo de cirugía plástica facial
FEACMFS
Col 094619581

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del testigo (D.N.I.)