

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE QUISTE MAXILAR

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- La enfermedad a tratar, es un quiste que afecta varias estructuras de los maxilares, que se manifiesta con el crecimiento y desarrollo de este, y la cirugía propuesta puede no ser la única necesaria.

PROCEDIMIENTO

- El tratamiento propuesto es de tipo quirúrgico mediante la enucleación y curetaje, además en algunos casos se indica eliminación de piezas dentarias comprometidas.

CARACTERÍSTICAS

- Este tipo de cirugía se realiza a través de la boca, para evitar cicatrices visibles.
- La cicatrización final de la zona afectada puede dejar alteraciones de la forma del maxilar
- Los resultados esperados no se pueden garantizar y la naturaleza exacta de la lesión solo se conocerá por el resultado y correlación entre la imagenología, clínica quirúrgica e histopatología
- Habitualmente se solicitan exámenes pre-quirúrgicos o chequeos médicos, la normalidad de estos solo es un antecedente positivo y no garantiza resultados.

RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

- Complicaciones anestésicas que aumentan con la existencia de otras enfermedades, en especial con anestesia general, siendo el mayor aunque muy bajo en la actualidad, la muerte del paciente.
- La cirugía sobre maxilares, por sus relaciones anatómicas modifica o invade otras zonas vecinas relacionadas con la respiración (nariz y senos maxilares), y con la fonación (paladar, senos maxilares y nariz), pudiendo estas zonas ser alteradas positiva o negativamente por la cirugía o complicaciones de esta.
- La zona a operar tiene vasos sanguíneos, venas, vasos linfáticos, nervios que permiten movimientos, músculos que ejecutan movimientos, nervios que dan sensibilidad, órganos dentarios. Todos estos elementos serán alterados por la cirugía en forma transitoria e incluso alguno de ellos puede ser alterado en alguna medida en forma definitiva.
- La cirugía se realiza a través de la boca, lo que implica un riesgo adicional de infecciones post-quirúrgicas.
- La cara, boca, y nariz son regiones, de gran irrigación sanguínea, lo que puede provocar hemorragias importantes por el procedimiento obligando a medidas complementarias como transfusión de hemo-componentes, y/o taponaje nasal por algunos días, por otra parte si hay acumulación de sangre en tejidos blandos se expresara como hematomas o equimosis.
- Todo procedimiento quirúrgico se acompaña de edema (hinchazón), el cual será mayor cuanto más extensa y compleja sea la cirugía, el edema alterara en forma transitoria todas las funciones del área máxilo-facial, (deglución, masticación, fonación, respiración)
- Todo tratamiento de complicaciones puede significar costos adicionales a asumir por el paciente.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
RUT.
Firma:

Sr(a).
RUT.
Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
RUT:
Firma:
Fecha:

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
RUT:
Firma:
Fecha: