

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RINOPLASTÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

OBJETIVO

- Se me ha informado que la rinoplastia es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la rinoplastia corrige la forma externa de la nariz.
- Este procedimiento es una cirugía programada que se realiza a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz., separando cuidadosamente los cartílagos y huesos nasales y se corrigen las alteraciones. Posteriormente se sitúan de tal manera que tomen la forma adecuada de la nariz.
- Ocasionalmente puede ser necesario el uso de injertos de hueso o cartílago.
- En el mismo acto quirúrgico se puede realizar la reconstrucción del tabique nasal si está desviado, para aliviar la dificultad respiratoria que dicha desviación puede producir (Septoplastía)
- En ocasiones, además se asocia a Turbinectomía o Electrocoagulación de cornetes cuando estos participan en la obstrucción nasal o no permita alinear el tabique nasal.
- En esta intervención se deja un pequeño yeso u otro material sobre el dorso de la nariz y se coloca un taponamiento nasal durante unos días.
- Por otra parte, dado que la valoración del resultado de la intervención, por parte del paciente, es subjetiva, cabe la posibilidad de no resultar satisfactorio, o que el proceso de cicatrización altere el resultado.
- Todas estas circunstancias podrían justificar un segundo tiempo operatorio unos meses después.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas. como otros específicos del procedimiento.
- Riesgos inmediatos: 1. pequeñas hemorragias, tanto por fosas nasales como por faringe, que suele ceder en unas horas, de persistir requiere un nuevo taponamiento. 2 si el taponamiento es con gasa, ésta puede deslizarse por la parte posterior de la fosa nasal provocando sensación de cuerpo extraño y nauseas, se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro si es necesario. 3. sensación de sequedad en garganta por respirar continuamente por la boca 4. vómitos sanguinolentos durante las primeras horas por la sangre deglutida. 5. infección local con la aparición de síntomas inflamatorios nasales, faciales u orbitarias. 6. dolor o adormecimiento en la mejilla o dientes superiores por lesión accidental de nervios pequeños que pasan por el sitio operatorio. 7. perforación del tabique nasal. 8. sinequias-bridas entre ambas paredes de las fosas nasales. 9. aparición de costras nasales y alteraciones del olfato. 10. visión doble o inflamación de los párpados o del resto de la cara. 11. movilización accidental de la pirámide nasal o lo largo del período de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el período postoperatorio. 12. palpación de pequeñas irregularidades por implantación de fragmentos de hueso extirpado bajo la piel.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

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: