

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SUBMAXILECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
| | | | |

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Consiste en la extirpación de la glándula submaxilar, que se encarga de la producción de saliva y se encuentra en la parte superior del cuello, por debajo de la mandíbula. Está indicado realizarla ante tumores de la glándula, ante inflamaciones crónicas de la misma y cuando se forman cálculos.

Ante un tumor maligno puede ser necesario extirpar, junto con la glándula, estructuras vecinas, como piel, músculos, mandíbula, nervios o los ganglios de la zona (vaciamiento ganglionar cervical) y también puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía, como radioterapia o quimioterapia.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Se pretende un diagnóstico definitivo y curación del proceso en caso de éxito de la intervención

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

En caso de infecciones o inflamaciones crónicas la alternativa es el tratamiento médico de los episodios de reagudización. En el caso de algún tipo de tumores puede existir alternativa con quimioterapia y/o radioterapia, con diferentes probabilidades de éxito.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las consecuencias previsibles de su realización son:

.....

.....

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

La evolución en caso de tumores malignos, es la progresión hacia la destrucción local y fallecimiento del paciente en un plazo indeterminado.

En el caso de procesos inflamatorios la evolución suele implicar sucesivos procesos de reagudización, con dolor y complicaciones infecciosas.

RIESGOS FRECUENTES

- Los riesgos son:
- Inflamación, seroma, hematoma, fistula salival
 - Dolor.
 - Infección.
 - Limitación de la apertura bucal.
 - Dehiscencia de la sutura.
 - Paresia/ parálisis de nervio Marginal de la Mandíbula
 - Hipoestesia/anestesia cutánea
 - Paresia/parálisis de Nervio Hipogloso, con la consecuente parálisis de la lengua
 - Cicatriz y alteración estética con hundimiento de la zona de la cara donde se hallaba la glándula
 - Necesidad de reintervenciones

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SUBMAXILECTOMIA

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **LIFTING FACIAL**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **LIFTING FACIAL**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO