



## CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA DELS TRAUMATISMES FACIALS

Per a satisfacció dels DRETS DEL PACIENT, com a instrument afavoridor del correcte ús dels Procediments Diagnòstics i Terapèutics, i en compliment de la Llei General de Sanitat en relació amb la Llei orgànica 1/1982.

Jo, D/Donya. ....

.....  
com a pacient o (D/Donya com el seu representant), .....

.....en ple ús de les meves facultats, lliure i voluntàriament, DECLARO que he estat degudament INFORMAT/A, pel Dr.

.....  
i en conseqüència, AUTORITZO a..... perquè em sigui realitzat el procediment diagnòstic/terapèutic denominat .....

.....  
Em dono per assabentat/a dels següents punts relatiu a aquest procediment:

He sofert un traumatisme amb afectació d'alguna part de l'esquelet crani-maxil·lofacial i/o dels teixits tous de la cara i del coll, així mateix he pogut sofrir lesions en altres parts de l'organisme que compliquin i/o dilatin el tractament.

El traumatisme ha pogut afectar el terç superior, mitjà o inferior de la cara, o el que ocorre amb més freqüència a una combinació d'aquests, depenent les lesions i futures seqüeles del territori afectat.

Els traumatismes maxil·lofacials produeixen alteracions estètiques i/o funcionals com ara alteracions de la mobilitat dels ulls, canvis en l'oclusió de les dents, limitacions per a obrir la boca, i dificultat respiratòria nasal, així mateix poden produir lesions, en alguns casos irreversibles, de les artèries i venes cervicals i facials, nervis motors i sensitius i òrgans sensorials localitzats en la cara i el coll. Les ferides cutànies cervicals i facials també poden produir alteracions estètiques i/o funcionals.

Els procediments quirúrgics per a la correcció del traumatisme inclouen abordatges intra i/o extraorals, ús de material d'osteosíntesis per a fixar la fractura i ús d'empelts propis, de banc de teixit, o artificials.

En la majoria dels casos l'acte operatori precisa anestèsia general, amb els riscos inherents a aquesta, que seran informats pel seu anestesista. Alguns casos molt severos requereixen traqueostomia.

Entenc que aquests procediments intenten corregir les lesions produïdes pel traumatisme i que el meu aspecte exterior difícilment serà igual a abans d'aquest, i que poden produir-se seqüeles derivades del traumatisme i/o de la intervenció quirúrgica rebuda, podent necessitar-se tractaments posteriors. Alguns dels problemes que presento només es resoldran de manera parcial en relació a la intensitat i afectació del traumatisme.



Les complicacions estadísticament més freqüents dels tractaments dels traumatismes maxil·lofacials, són múltiples, a causa de l'amplitud i complexitat de l'àrea que abasten, i dependran de la zona afectada, podent incloure i no de manera exhaustiva:

- Hematomes i edemes postoperatoris.
- Alteracions de la sensibilitat d'alguna zona de la cara, parcial o total.
- Alteracions de l'agudesia visual, audició, parla, sentit del gust i percepció de les olors, fins i tot pèrdua total d'algun d'ells.
- Alteracions dels moviments dels ulls, que origina visió doble.
- Alteracions de la funció respiratòria nasal.
- Deformitats dels ossos de la cara.
- Alteracions de l'oclusió de les dents.
- Alteracions de l'articulació de la mandíbula amb dolor i/o espetecs, o canvis de l'oclusió de les dents.
- Falta d'unió òssia.
- Infecció i/o osteomielitis.
- Rebuig al material d'osteosíntesis i/o als empelts col·locats.
- Gingivitis i/o problemes dentaris, fins i tot pèrdua de les dents. - Comunicació entre la boca i el nas o els sins maxil·lars.
- Cicatrius inestètiques.
- Trencaments d'instruments.

Riscos específics en el meu cas i altres complicacions de mínima rellevància estadística

..... Rebuta l'anterior informació, considero que he comprès la naturalesa i propòsits del procediment .....

..... A més en entrevista personal amb el Dr .....

he estat informat/a, en termes que he comprès, de l'abast d'aquest tractament. En l'entrevista he tingut l'oportunitat de proposar i resoldre els meus possibles dubtes, i d'obtenir quanta informació complementària he cregut necessària. Per això, em considero en condicions de sopesar degudament tant els seus possibles riscos com la utilitat i beneficis que d'ell puc obtenir.

Estic satisfet/a amb la informació que se m'ha proporcionat i, per això, **DONO EL MEU CONSENTIMENT** perquè se'm practiqui .....

.....  
.....

Aquest consentiment pot ser revocat per mi sense necessitat de cap justificació, en qualsevol moment abans de realitzar el procediment.

Observacions.....  
.....  
.....



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL I ORAL

I, per deixar-ne constància, signo el present original després de llegit, per duplicat, la còpia del qual se'm proporciona.

En .....a .....de.....de .....

Signatura del pacient  
(o el seu representant legal en cas d'incapacitat) .  
DNI

Signatura del metge  
Núm. de col·legiat

En cas de negativa per part del pacient a  
signar el consentiment Signatura del testimoni  
(DNI)