



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA DE L'ESTIRAMENT FACIAL O RITIDECTOMIA

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 extrems relatiu a aquest procediment:

Les complicacions estadísticament més freqüents possibles en la realització d'aquest procediment són les següents: Infecció, hematomes, vessament conjuntival i pigmentació, inflamació, deformitats locals, danys nerviosos sensorials i parestèsies, dolor. Aquestes són complicacions menors i en general poc freqüents.

Com a complicacions majors poden donar-se grans hematomes, i danys nerviosos motors (nervi Facial o qualsevol de les seves branques), necrosi cutània. La complicació més freqüent és l'hematoma. El tractament d'aquest serà l'evacuació i drenatge.

En la majoria dels casos, aquesta cirurgia es realitza amb anestèsia general (amb els riscos inherents a ella), que seran informats pel seu anestesista.

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

Tot i tenir un resultat satisfactori, la percepció del resultat per part del pacient pot ser variable i per tant subjectiu.

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

.....
..... Rebuda 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 sospesar degudament tant els seus possibles riscos com la utilitat i beneficis que d'ell puc obtenir.



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL I ORAL

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.....
.....
.....

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

Enade.....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)