**CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA DE LA DISTRACCIÓ ÒSSIA**

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 relatius a aquest procediment:

La distracció òssia és un procediment àmpliament emprat en Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica, la fi de la qual és la formació de nou os a partir de l'os existent. Consisteix en la col·locació d'un aparell (distractor) sobre l'os de la mandíbula, del maxil·lar superior o de la geniva durant una intervenció quirúrgica que pot ser realitzada amb anestèsia local o amb anestèsia general. En aquesta intervenció l'os és tallat i el distractor col·locat i unit a l'os mitjançant caragols o pins. Després d'un període d'espera variable des d'1 dia a 10 dies, el distractor és activat, bé pel cirurgià o pel pacient mateix, sent per a tal fi instruïda pel seu cirurgià.

L'activació diària es realitza donant 1 o 2 voltes a l'activador, suposant una distracció d'1 mm al dia. Una vegada finalitzat el període de distracció activa i després d'aconseguir l'os desitjat, ha d'esperar-se un període variable de temps (de setmanes a mesos) abans de retirar l'aparell, la qual cosa sol realitzar-se amb anestèsia local en una petita intervenció quirúrgica.

En la majoria dels casos l'acte operatori precisa anestèsia general, amb els riscos inherents a la mateixa que seran informats pel seu anestesista. La majoria dels distractors es col·loquen dins de la boca, encara que alguns poden tenir parts del mateix externes i deixar cicatrius inestètiques.

Entenc que aquests procediments intenten corregir les lesions produïdes per la deformitat congènita o secundària al traumatisme o desgast ossi i que el meu aspecte exterior difícilment serà perfecte, i que poden produir-se seqüeles derivades de la deformitat i/o de la intervenció quirúrgica rebuda, podent necessitar-se més tard altres tractaments.

Les complicacions estadísticament més freqüents dels tractaments mitjançant distracció òssia són vàries, i dependran de la gravetat de la deformitat, podent incloure i no de manera exhaustiva:

- Hematomes i edemes després de la cirurgia.

- Cicatrius inestètiques.

- Pèrdues de peces dentàries.

- Pèrdua d'os.

- Obertura dels punts de sutura i de la ferida.

- Dificultat respiratòria.

- Fracàs a aconseguir l'os desitjat.

- Falta de cicatrització òssia.

- Infeccions de la ferida i pèrdua de l'empelt ossi.

- Infeccions dels pins i cicatrius inestètiques.

- Disminució o pèrdua temporal o permanent de la sensibilitat de la cara.

- Malposició dels segments ossis maxil·lars.

- Dolor postoperatori.

- Falta de sensibilitat dels llavis, mentó, galta, nas, geniva, llengua, dents o paladar. Parcial o total, temporal o permanent.

 - Les dents pròximes a la cirurgia poden resultar danyats i requerir tractament, i fins i tot l'extracció.

- Recidiva (recaiguda) total o parcial de la deformitat.

- En cas d'incisions extraorals es poden produir cicatrius inestètiques.

- Trencament d'instruments i aspiració o empassat d'aquests.

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.

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.

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

Signatura del pacient Signatura del metge

(o el seu representant legal en cas d'incapacitat) . Núm. de col·legiat DNI

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