**CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA CRANIOFACIAL I DE LA BASE CRANIAL**

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:

El tractament quirúrgic de les DEFORMITATS craniofacials i tos TUMORS que afecten

la base cranial es realitza mitjançant abordatges generalment combinats intracranials (des de l'interior del crani) i/o transfacials (desencadellant estructures òssies de l'esquelet de la cara).

La incidència de complicacions és molt variable depenent de diversos factors com:

Deformitats:

a) La complexitat de la de la deformitat craniofacial (lleu, moderada, severa)

b) La regió o regions anatòmiques afectes (una part o la totalitat del crani, una o

les dues òrbites, tot l'esquelet facial)

Tumors:

a) L'agressivitat local, regional i a distància del mateix

b) La localització anatòmica

c) L'extensió tumoral i per tant del defecte quirúrgic de la base cranial

Globalment:

a) La major o menor complexitat i durada de la cirurgia

b) La major o menor exposició dural

Les complicacions estadísticament més freqüents que poden aparèixer són:

a) Relacionades amb el propi acte quirúrgic i postoperatori immediat: (Sagnat intraoperatori intra o extracranial, anestèsiques, edema (inflor) cerebral.

b) Més endavant: Fístula de líquid cefalorraquidi (que pot requerir reintervenció), infeccions (meningitis, abscés cerebral, abscés epidural, altres), dèficits neurològics (a vegades conseqüència directa d'estructures incloses en la resecció tumoral), pèrdua de l'empelt i complicacions generals (respiratòries, cardiovasculars, metabòliques) més freqüents en pacients compromesos, i fins i tot defunció.

c) Tardanes: Les més freqüents, alteracions estètiques, amb recidiva o empitjorament

del resultat obtingut en cirurgies de deformitats realitzades en pacients en creixement; intolerància al material d’osteosíntesis, complicacions oculoparpebrals (diplòpia, enoftàlmies,ptosis, augment d'exposició escleral); Cicatrius inestètiques.

La cirurgia és delicada i de llarga durada exigint eventualment la col·laboració d'especialistes (cirurgià maxil·lofacial, neurocirurgià). Per tant, és una cirurgia delicada i de llarga durada, que es realitza en la majoria dels casos amb anestèsia general, amb el risc inherent associat a aquesta, que seran informats pel seu anestesista.

La resecció tumors d'aquesta localització implica la realització de l'abordatge, i la creació d'undefecte després de la resecció tumoral. La reconstrucció de la base cranial implica la utilització de teixits pròxims al defecte (penjolls locals o regionals) o distants (penjolls lliures microvascularitzats).

En els casos oncològics (tumors) amb freqüència es precisa la realització d'una traqueostomia (generalment temporal) transfusions de sang i hemoderivats (podent derivar-se reaccions o infeccions específiques d'ells), permanència postoperatòria en UCI durant un període variable de temps, i dispositius especials per a alimentar al pacient fins que pugui fer-ho per ell mateix. A vegades, són necessàries cirurgies posteriors, com a reconstrucció diferida, per a corregir seqüeles, o per a tractar recidives del tumor.

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)