**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRANEOTOMIA POR TRAUMATISMO CRANEAL**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

Esta operación se realiza en casos de traumatismos craneales en los que se ha producido una fractura del cráneo y existe un hundimiento del hueso o una lesión de las estructuras que están dentro del cráneo. A veces existen hematomas intracraneales que son necesarios evacuar. La intervención quirúrgica consiste en la apertura del cráneo (craneotomía) para tener acceso al lugar donde está situada la lesión y tratar de extirparla en su totalidad o parcialmente. También se realiza en los casos de fracturas del cráneo con hundimiento de fragmentos, se intenta reconstruir la fractura y sobre todo eliminar los fragmentos que están impactados en el cerebro y pueden lesionarlo. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo y localización de la lesión a quitar. Se trata de intervenciones de larga duración. Los riesgos de la intervención dependen del tamaño y localización de la lesión, así como del estado general del paciente. Las complicaciones de esta intervención son poco frecuentes pero se pueden producir efectos adversos: Los riesgos de infección no son habituales, pero esto puede afectar sólo a la piel o también al hueso y al cerebro. Si no se soluciona con antibióticos a veces es necesaria otra intervención. Dependiendo del tipo de lesión que afecte al hueso a veces es necesario colocar una prótesis para recubrir el defecto creado por la fractura. Se realiza implante de microplacas de titanio para favorecer la fijación del hueso tras la intervención, es excepcional que suceda pero al ser un implante tiene riesgos de infección o rechazo. Si la lesión afecta al cerebro puede que en el postoperatorio aparezcan crisis convulsivas o ataques epilépticos a pesar de que demos una medicación específica para evitarlo. A pesar de utilizar heparinas profilácticas a veces se pueden producir trombosis de las piernas y más excepcionalmente embolias pulmonares. Si antes de ser intervenido tiene una parálisis de un nervio o de una extremidad, dificultad para hablar, no le podemos garantizar que con la intervención se recupere. Todo dependerá del tipo de lesión, localización y tiempo de evolución.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_