 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RINOPLASTIA**

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

La rinoplastia es una técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. La intervención se realiza a través de unas incisiones que se hacen en el interior de las ventanas de la nariz. Después, los tejidos blandos se separan cuidadosamente de los cartílagos y huesos adyacentes y se corrigen las estructuras no deseadas. Posteriormente, los huesos y los cartílagos se sitúan de tal manera que tomen la forma adecuada para la nariz. Ocasionalmente puede ser necesario el uso de injertos de hueso o de cartílago. En el mismo acto quirúrgico se puede realizar la reconstrucción del tabique nasal, se está desviado, para aliviar la dificultad respiratoria que dicha desviación pueda producir. La intervención se denomina entonces septorrinoplastia. En ambas intervenciones se deja una pequeña férula de yeso u otros materiales sobre el dorso de la nariz y se coloca un taponamiento nasal

Por otra parte, como quiera que la valoración del resultado de la intervención, por parte del paciente, es subjetiva, cabe la posibilidad de no resultar satisfactoria. Todas estas circunstancias podrían justificar un segundo tiempo operatorio unos meses después. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,...)y los específicos del procedimiento: - Pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas o persistir requiriendo un nuevo taponamiento. Hematoma en la cara y los ojos en los primeros días. - Dolor en las fosas nasales, sobre todo si se ha tenido que actuar sobre el hueso, así como sensación de sequedad en garganta por respirar continuamente por la boca. - Vómitos sanguinolentos durante las primeras horas por la sangre deglutida. - Pequeña hemorragia nasal o bucal que rara vez requiere la colocación de un taponamiento nasal. - Infección local con la aparición de síntomas inflamatorios. - Dolor o adormecimiento en la mejilla e incluso la falta de sensibilidad en los dientes superiores por lesión accidental del nervio infraorbitario. - Perforación del tabique nasal. - Sinequias –bridas entre ambas paredes de las fosas nasales-. - Atrofia de la fosa nasal con la aparición de costras nasales y alteraciones del olfato. - Visión doble o inflamación de los párpados o del resto de la cara. - Movilización accidental de la pirámide nasal a lo largo del periodo de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el periodo postoperatorio. - Palpación de pequeñas excrecencias por implantación de fragmentos de hueso extirpado bajo la piel. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes.

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_