

Dr Diego Polanco Montalván
CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA - REPARADORA

Col. N° 25783-4

(pegatina) o:	
Nombre y apellidos.....	
.....	
.....	
Edad.....	CI.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESCISIÓN TANGENCIAL DE QUEMADURAS Y COBERTURA CON AUTOINJERTOS**

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)	
<p>* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero <u>SÍ</u> acepto la realización de dicho procedimiento o intervención. <input type="checkbox"/></p> <p>* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:</p>	<p>Firma paciente</p> <p>DNI n°:</p>

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Las quemaduras profundas requieren la escisión tangencial quirúrgica que consiste en eliminar las capas de la quemadura hasta llegar a tejido sano. La herida producida tras eliminar la quemadura profunda debe ser cubierta con un injerto libre de piel que se toma de una zona sana y que llamamos autoinjerto. La zona dadora de este autoinjerto curará con curas locales al igual que el autoinjerto usado para cubrir la zona de la quemadura. Esta intervención conlleva una pérdida de sangre que puede requerir transfusión sanguínea o derivados.

CONSECUENCIAS:

Siempre quedará una cicatriz evidente en la zona quemada injertada y otra en la zona donante del autoinjerto y durante un tiempo estas cicatrices producirán molestias locales (picor, escozor, sensación de tirantez, etc..), beneficiándose del uso de cremas hidratantes.

RIESGOS:

- Hemorragia, hematoma (acúmulo de sangre). Puede requerir drenaje, coagulación de vasos sanguíneos sangrantes y/o transfusión sanguínea.
- Infecciones de la zona dadora del injerto y de la zona injertada. Esta complicación obliga a realizar curas frecuentes del área infectada pudiendo ser necesario el uso de antibiotios y/o una reintervención para aplicar de nuevo autoinjertos.
- Pérdida de autoinjertos. El autoinjerto puede no prender y perderse parcial o totalmente. En caso de pérdidas extensas pueden ser necesarias reintervenciones para la realización de nuevos autoinjertos.
- Anomalías en la cicatrización en la zona injertada o en la zona donante con presencia de cicatrices inestéticas, atróficas, hipertróficas, queiloideas o de color diferente al de la piel circundante. Puede ser necesaria el uso de prendas de presoterapia y evitar la exposición solar con prendas de vestir o con cremas antisolares

- Retracciones de los injertos que produzcan alteraciones funcionales. Esto es especialmente frecuente en quemaduras de manos, codos, axilas, hueco poplíteo y tobillos. Para corregir estas secuelas pueden ser necesarias operaciones posteriores.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

En caso de producirse quemaduras profundas extensas no existen alternativas al tratamiento quirúrgico: el tratamiento conservador puede producir secuelas estéticas y funcionales graves.

OBSERVACIONES:

Declaraciones y firmas:

1. Por la presente autorizo a la Dr POLANCO y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: _____

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al Dr. POLANCO 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 situación 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 tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Me ha sido explicado de forma comprensible y en detalle:

- a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

5.-Soy consciente de que la práctica de la Cirugía, incluida la Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, no es una ciencia exacta y que por tanto, aunque cabe esperar que los resultados sean satisfactorios no me han sido dadas garantías respecto a los resultados ni a las posibles complicaciones.

6.-Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

7.-El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas o no de la cirugía. En caso de cirugía secundaria, los cargos relacionados con la clínica y anestesia corren por cuenta del paciente.

8.-Asimismo, designo como representante mío a D. y a D. para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

9.-Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

9. Asimismo, y con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico, autorizo la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo propietario el DR POLANCO de las fotografías, cintas de vídeo y soportes digitales.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En a de de 20....

**Firma del Paciente
(o representante legal)**

Firma del Cirujano Plástico

Fdo.: D./D^a.
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra.
(nombre y apellidos)

D.N.I.: