

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 24-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10 que dice textualmente “...*siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...*”, se presenta este documento informativo para pretender explicarle de forma sencilla la intervención quirúrgica llamada **OTOPLASTIA**

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO LLAMADO OTOPLASTIA

Nombre y apellidos.....Fecha.....

Edad.....DNI nº.....Nº de Historia.....

Medico informante: **DR: DIEGO LUIS CANOVAS LLORENS** Nº colegiado 2114

BREVE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO QUIRUGICO

Llamamos OTOPLASTIA a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad corregir las orejas “en asa ” o “ en soplillo ”.

El tipo de anestesia será local o general, dependiendo de la edad del paciente y de cada caso en particular. Se practican unas incisiones cutáneas detrás de la oreja permitiendo el trabajo a nivel de las estructuras cartilaginosas mediante las incisiones apropiadas. Posteriormente se lleva a cabo un cierre de las incisiones de la piel y se coloca un vendaje compresivo.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos que se observen, para proporcionar un tratamiento mas adecuado.

De no efectuarse la intervención **NO EXISTEN TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE CONTRASTADA EFICACIA A LA CIRUGIA , PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.**

RIESGOS ESPECIFICOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden aparecer efectos indeseables.

- Hematoma en la oreja que pueda precisar drenaje, revisión operatoria y vendaje compresivo mas tiempo lo habitual.
- Aunque se administren antibióticos para evitar infecciones, éstas pueden aparecer muy rara vez pudiendo presentar una condritis , que es una infección del cartílago que puede conllevar a la destrucción del mismo originando una deformidad importante de la oreja, con reducción del tamaño de la misma.
- Pueden presentarse problemas sensitivos a nivel de la cicatriz, sobre todo cuando se usan gafas. La falta de sensibilidad, si aparece, se recupera en pocas semanas, en la gran mayoría de casos
- Pueden darse cicatrices anormales (queloides) de la piel de detrás de la oreja En algunas ocasiones pueden aparecer irregularidades en la zona de la plicatura y es difícil lograr una simetría perfecta de los dos pabellones auriculares. Factores como la cicatrización y la rigidez del cartílago pueden contribuir a la asimetría,

RIESGOS GENERALES

Las complicaciones propias de toda anestesia general o local

El riesgo vital es muy poco frecuente, aunque puede producirse en cualquier acto médico que incluya anestesia: en general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación a la edad, la cantidad y la gravedad de enfermedades padecidas por el paciente

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a practicar, así como las consecuencias que se derivan de la no realización de la misma.

Asimismo he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a..... Con DNI

Y en calidad de..... es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume las responsabilidades de la decisión. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento que podré retirar cuando desee.

Firma del tutor o familiar

Por la presente **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones, que sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar, y por consecuencia las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha