

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 29-4-1986, 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 llamada **SEPTOPLASTIA**

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEPTOPLASTIA.

Nombre y Apellidos:.....Fecha.....
Edad:.....D.N.I. :.....Número de Historia clínica.....
Médico informante: **DR. JAIME CARBONELL CASASUS** N° de Colegiado 4313

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

Llamamos septoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal. Se efectúa bajo anestesia general o local y consiste en extirpar o remodelar los fragmentos de cartílago o hueso que alteran la posición normal del tabique nasal en la línea media.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la parte interna de la nariz, a través de la cual se extraen dichos fragmentos, o se remodelan y recolocan. Posteriormente se lleva a cabo un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable: unas 24-72 horas, lo que puede ocasionar molestias tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con calmantes y pequeños sorbos de agua.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento que se considera normal.

En los días siguientes a la retirada del taponamiento se evitará sonarse bruscamente la nariz y se aplicará la medicación indicada en el informe de alta.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la ventilación nasal y de los síntomas relacionados con la dificultad respiratoria nasal.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen procedimientos de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:

Cabe la posibilidad de que se produzca una pérdida de sangre que obligue a recolocar el taponamiento nasal. Rara vez se puede producir una perforación del tabique nasal que justifique con posterioridad la formación de costras. Tras la intervención puede continuar la insuficiencia ventilatoria nasal. Puede producirse, aunque es muy poco frecuente, diferentes trastornos del olfato, un hematoma – colección de sangre- a nivel del tabique, la infección de las fosas nasales o de los senos, la aparición de bridas intranasales. Por tal motivo se recetará antibióticos. Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general, el riesgo vital es muy poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia. En general el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad y la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, así como de las consecuencias que se derivarían 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 aclarado 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.....

D.N.I..... 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 la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo 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