hm hospitales

Documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica de fístula preauricular

Pegatina con los datos personales y de indentificación del niño a intervenir

Don/Doña _____ con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____ con la historia clínica nº _____.

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico de fístula preauricular que es el diagnóstico de sospecha que padece mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es la completa extirpación quirúrgica de la fístula preauricular. Se trata de una malformación frecuente, presente ya en el nacimiento, debida a una alteración en la formación embriológica de la oreja. En ocasiones existen antecedentes familiares de la misma anomalía y en muchos casos pueden presentarse en ambos lados. Algunas fístulas presentan salida de material sebáceo por su orificio externo y su tendencia natural es a presentar infecciones repetidas, con formación de abscesos, cicatrices y retracciones de la zona afecta, siendo este el principal motivo por el que está indicada la intervención quirúrgica para su extirpación.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención consiste en la extirpación completa de la fístula, intervención que viene dificultada por su diminuto tamaño, sus ramificaciones, a veces microscópicas, que presenta, y por la existencia de episodios de infección previos a la cirugía. Puede intervenirse en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
4. No existen alternativas para el tratamiento de esta anomalía. Únicamente la abstención terapéutica.
5. Dada la complejidad del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. La consecuencia de esta intervención será la producción de una cicatriz cutánea en la zona afecta.
7. Las complicaciones de la intervención pueden ser: a) Hemorragia o hematoma en el postoperatorio inmediato b) Infección de la herida quirúrgica que requiera tratamiento específico o drenaje quirúrgico c) La cicatrización puede ser anómala, sobre todo en los casos infectados, produciendo cicatrices queloideas o retráctiles d) La complicación más frecuente es la recidiva de la fístula, que requerirá una nueva intervención quirúrgica e) Las posibles lesiones nerviosas en casos complicados son muy infrecuentes.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: é .é é é ...é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

De acuerdo con todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza
(padre, madre, tutor legal)
y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra……..

Firma autorizada: VºBº niño

Médico informante

Dr./Dra. ……..
Nº Col. …..: ……..
Firma:

Fecha: En ....., a ..... de ..... de 2.....

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza
(padre, madre, tutor legal)
y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra……..

Firma autorizada: VºBº niño

Médico informante

Dr./Dra. ……..
Nº Col. …..: ……..
Firma:

Testigo:
Nº D.N.I.:……..

Fecha: En ....., a ..... de ..... de 2.....

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha ……..., y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre: ……..
Firma:

Dr./Dra. :……..
Nº de Col……..
Firma:

Fecha: En ....., a ..... de ..... de 2.....