

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de frenillo labial superior

Pegatina con los datos personales y de identificación 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 del frenillo hipertrófico de labio superior, que padece mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es mejorar la estética dental, al tratarse de una banda ancha de tejido fibroso que une el labio con la encía del maxilar superior, que provoca una separación de los dientes incisivos centrales superiores.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en seccionar la membrana que impide la aproximación de los dientes (frenulectomía). En ocasiones es necesario realizar una pequeña plastia de alargamiento y utilizar bisturí eléctrico y/o puntos de sutura para controlar la hemorragia.
Cuando salen los caninos permanentes la separación de los dientes tiende a corregirse, no habiendo indicación quirúrgica estricta hasta los 9-10 años hasta comprobar la separación de los incisivos. Posteriormente el niño precisará tratamiento y revisión por el ortodoncista. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
4. La alternativa posible es no realizar la intervención, puesto que no se trata de un problema funcional, sino estético.
5. Dada la complejidad de toda intervención, 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(s) consecuencia(s) de esta intervención será(n) la aparición de una pequeña escara blanquecina que desaparece en unos días espontáneamente, aunque a veces puede ocasionar temporalmente mal olor de la boca y dolor en esa zona.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser lesión vascular con hemorragia persistente e infección de la herida.
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: _____

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información de la intervención de frenillo labial forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

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 D.N.I.: o o o o o o o o o o o o o o o o Firma autorizada: _____ VºBº niño Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____	Médico informante Dr./Dra. o o o o o o o o o o o o o o o o NºCol. / C.N.P.: o o o o o o o o o o Firma: _____

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA Médico Informante Testigo (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional) Sr/Sra..... DNI : Firma: _____ Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____	Médico informante Dr/Dra..... CNP/NºCol:..... Firma: _____	Testigo Sr.Sra..... DNI : Firma: _____

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha o o o o o o o o o o, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre : o	Dr./Dra. o ...o o o o
Firma: _____	Firma: _____
Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____	