

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de frenillo sublingual

Pegatina con los datos 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 sublingual hipertrófico de mi hijo/a, consistente en una membrana que fija la lengua y dificulta su movilidad, impidiendo la articulación de determinadas palabras, fundamentalmente aquellas que llevan la letra %ä

1. El propósito principal de la intervención es conseguir la liberación de la lengua y su completa y normal movilización.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención consiste en seccionar el frenillo sublingual (frenulectomía), que se realiza con el bisturí eléctrico, o tijera. En ocasiones es necesario realizar una plastia de alargamiento y/o suturar para cerrar la brecha o controlar el sangrado. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
4. La alternativa posible es no realizar la intervención, con lo que persistirá la imposibilidad de pronunciar correctamente algunas palabras.
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. Es posible que la operación consiga la liberación de la lengua y el niño no termine de hablar correctamente, porque la corrección de los defectos de pronunciación requiere un aprendizaje foniatrico.
9. 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.

10. Los riesgos personalizados por las características de su hijo: _____

11. 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.

12. Declaro haber recibido la información de la intervención de frenillo sublingual 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	
Persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante Dr./Dra. ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò NºCol. / C.N.P.: ò ò ò ò ò ò ò ò Firma:
Firma autorizada:	VºBº niño
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____	

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante Dr/Dra..... NºCol:.....	Testigo Sr.Sra..... DNI :
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha ò ò ò ò ò ò ò ò,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre :ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò	Dr./Dra. ò ...ò ò ò ò
Firma:	Firma:
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____	