

Consentimiento informado meloplastia

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En qué consiste: Extirpar el exceso de piel y grasa de la región de los muslos (meloplastia).

Cómo se realiza: Bajo anestesia general o epidural (meloplastia), se practica una incisión habitualmente longitudinal (esta incisión puede variar en función del volumen y forma de los muslos del o la paciente). Se libera la piel del muslo, se tracciona la piel sobrante y se extirpa.

Después de la operación el/la paciente llevará una faja especial, reforzada con un vendaje, según cada caso individual. Las cicatrices irán mejorando con el transcurso del tiempo. No obstante, en algunos casos es preciso realizar una revisión cicatricial con anestesia local.

Cuánto dura: entre 2 y 4 horas, pudiéndose prolongar en función de los hallazgos intraoperatorios.

2- Qué objetivos persigue: Mejorar la forma y contorno de los muslos eliminando los excesos cutáneo-grasos y las flacideces en relación con el contorno corporal del o la paciente.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

Frecuentes y poco graves:

- Reacciones alérgicas locales (al esparadrapo, material de sutura o preparados sobre la piel).
- Seromas y/o hematomas (acúmulo de sangre) que requieran evacuación.
- Infección localizada en la zona intervenida.
- Intolerancia de los puntos, reapertura de la herida (dehiscencia) o cicatrización retrasada.
- Quistes de inclusión.
- Cicatrices cutáneas extensas, inestéticas y/o patológicas (enrojecidas, con dolor y picor). Las cicatrices pueden dar el aspecto de empeorar durante los primeros 3 a 6 meses mientras están en periodo de curación; esto es normal. Hay que esperar entre 9 meses y 1 año para que la cicatriz se comience a aplanar y aclarar.

Poco frecuentes y graves:

- Complicaciones asociadas a la anestesia. Le será facilitada información más detallada por el propio equipo de anestesiólogos, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.
- Reacciones alérgicas sistémicas (frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después).
- Infección generalizada o sepsis.
- Hemorragia o sangrado durante o después de la cirugía. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.
- Trombosis venosas a distancia (en meloplastias).
- Pérdida de vitalidad (necrosis) de la piel situada en los muslos/brazos que puede requerir un tratamiento postoperatorio más prolongado.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece presentar otras complicaciones.....

Algunos de estos riesgos son más frecuentes en determinadas condiciones del paciente, por lo que usted debe exponer todos los datos de su historial médico y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales (ser fumador...).

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Mejoría del contorno de los muslos.

Disminución de las flaccideces.

¿Qué otras alternativas hay?

No ser intervenido/a.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____