

## Consentimiento informado lesiones óseas y cuero cabelludo

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:** Usted presenta una lesión ósea o en partes blandas por fuera de las cubiertas cerebrales, que muchas veces produce alteraciones estéticas por crecimiento y/o dolor. A veces necesitamos saber su diagnóstico para conocer la naturaleza de la lesión y en eventual tratamiento complementario.

**Cómo se realiza:** Se realiza una extirpación de la lesión con márgenes para evitar recidiva. Se hacen según la extensión con anestesia local-sedación o general. Sí se extirpa hueso y el defecto es relativamente grande se realiza una plastia acrílica craneal con fijación de placas/tornillos.

**Cuánto dura:** 1 hora aproximadamente.

**2- Qué objetivos persigue:** Conocer la lesión y arreglar un defecto estético (bulto) sobre la cabeza.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

- Inflamación o molestias sobre la zona, que ceden habitualmente con tratamiento sintomático.
- Hematoma en partes blandas (2-6%).
- Infección de la piel o subcutáneo (1-3%). Rara vez en profundidad.
- Defectos posteriores, como hundimientos, cicatrices, necrosis de la piel, que a veces requieren una nueva cirugía.
- Mortalidad es muy rara por el hecho de la operación.

#### 2. Riesgos personalizados:

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

#### 3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Arreglar el defecto estético y conocer la naturaleza de la lesión para un eventual tratamiento complementario.

### ¿Qué otras alternativas hay?

Evolución (observación de crecimiento).

### 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.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_