

Consentimiento informado inyección de polímeros

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: En rellenar la zona con pérdida de grasa de la cara (lipoatrofia facial) por medio de un implante de gel compuesto por polímeros de poliacrilamida o polialquilamida (*Aquamid® o Bio-Alcamid®*), no absorbible y no eliminable.

Cómo se realiza: Se inyecta el gel por debajo de la piel en la zona atrófica. Las inyecciones se aplican de forma ambulatoria bajo anestesia local. Se realiza una primera infiltración y otra de retoque a los 15 días si es necesario.

En el curso de la operación pueden surgir condiciones no previstas, que hagan necesario un cambio en lo planeado, siendo necesarios otros tratamientos o la realización de procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. Para su realización puede ser necesaria la ayuda de otros especialistas.

Cuánto dura: Es variable, aproximadamente entre 1 y 2 horas, pudiendo prolongarse en función de los hallazgos.

2- Qué objetivos persigue: Corregir la alteración en la distribución de la grasa facial.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

Frecuentes y poco graves:

- Reacciones alérgicas locales al esparadrapo o preparados tópicos.
- Hematoma y edema facial durante las primeras 24-48 horas.
- Infección localizada en la piel.

Poco frecuentes y graves:

- Infección generalizada.
- Contracción del tejido cicatricial que se forma internamente alrededor del gel.
- Cambios en la sensibilidad de la piel.
- Asimetría (diferencias entre los lados de la cara).
- Salida al exterior del material si no hay buena cobertura de la piel o se infecta.
- Cicatrices anormales.
- Necesidad de cirugía o tratamiento adicional por complicaciones.

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, etc.).

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Aporta volumen de relleno de larga duración y evitar las consecuencias asociadas de carácter social o psicológico.

¿Qué otras alternativas hay?

Injectar implantes no permanentes que se van absorbiendo con el tiempo, o grasa de otras zonas del cuerpo del propio paciente (lipoestructura).

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____