

## Consentimiento informado de intervención de Caldwell-Luc

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:** Evaluar, intervenir o examinar un problema localizado en el seno maxilar, que es una cavidad dentro del hueso maxilar situada junto a las fosas nasales.

**Cómo se realiza:** Esta intervención se efectúa en general bajo anestesia general, realizando un pequeño corte bajo el labio, sobre la encía, llegando al seno maxilar a través de una ventana que se realiza en el hueso. Puede realizarse en un lado o en ambos.

**Cuánto dura:** Alrededor de 2 horas.

**2- Qué objetivos persigue:** Tratamiento de los problemas específicos del seno maxilar como pólipos, infecciones o tumores.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

- Daño al nervio infraorbitario, que se manifiesta con adormecimiento del labio y el ala nasal del lado intervenido. Este problema no produce ningún tipo de parálisis de la cara.
- Defectos en la cicatrización de la incisión realizada bajo el labio.
- Sangrado postoperatorio o infección.
- Adormecimiento en los dientes superiores.
- Reproducción de la enfermedad sinusal, con reaparición de los síntomas iniciales.
- Alteraciones visuales: debido a que el techo del seno maxilar es el suelo de la órbita, existe un riesgo potencial de lesión del ojo. Este problema, aunque de posibilidades remotas, podría dañar la órbita o el ojo y provocar trastornos visuales.

#### 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:

Tratamiento de los problemas específicos del seno maxilar, como pólipos, infecciones o tumores.

### ¿Qué otras alternativas hay?

Tratamiento médico.

### 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\_\_\_\_\_