

Consentimiento informado de endoscopia facial

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 elevar y conseguir una posición simétrica de las cejas y disminuir las líneas de expresión de la región frontal.

Cómo se realiza: En realización de pequeñas incisiones a nivel del cuero cabelludo para poder acceder a la musculatura de la región frontal y región superior temporal mediante endoscopia y poder modificar los tejidos blando de dichas zonas.

Cuánto dura: 1-2 horas.

2. **Qué objetivos persigue:** Posicionar las cejas en la altura correcta y rejuvenecimiento del tercio superior facial.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

La decisión de realizar la intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted deberá discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos y consecuencias de su intervención.

- **Hematoma.**
- **Infección:** Puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cicatrización:** Puede darse cicatrices anormales que requieran un tratamiento adicional. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color más oscuro que el de la piel circundante. En caso de biopsia, existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas utilizadas para cerrar la herida.
- **Lesión de estructuras profundas:** Estructuras profundas tales como nervios y vasos sanguíneos pueden ser dañados durante la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente
- **Quemadura:** Pueden aparecer pequeñas quemaduras por fricción.
- **Recurrencia:** Descenso de la altura de las cejas y aparición de alguna línea de expresión.
- **Reacciones alérgicas:** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- **Anestesia:** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica. Más detalles del proceder anestésico figuran en el Consentimiento Informado del Servicio de Anestesia, debiendo consultar con el citado Servicio cualquier duda al respecto.

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:

Permite que siga llegando aire a los pulmones del paciente mientras se corrige, si es posible, la causa que impide una respiración normal.

¿Qué otras alternativas hay?

No someterse al procedimiento quirúrgico, o ponerse prendas interiores de soporte para elevar las mamas caídas.

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____