

Consentimiento informado de cirugía de los pacientes quemados

Nombre y apellidos del paciente

DNI

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

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

1. Descripción del procedimiento:

En que consiste: En retirar la piel quemada y sustituirla por un material de cobertura que puede ser: apósito biosintético (“pieles artificiales”), su propia piel (autoinjertos), piel procedente de cadáver (aloinjertos) o simplemente cremas antisépticas.

Cómo se realiza: Mediante instrumentos especiales (dermatomos) se procede a retirar la piel quemada, por apósito biosintético (“pieles artificiales”), su propia piel (autoinjertos), piel procedente de cadáver (aloinjertos) o simplemente cremas antisépticas.

Cuánto dura: Varía en función de los hallazgos intraoperatorios, de la superficie a intervenir así como en función del estado general del paciente.

2. Qué objetivos persigue: El tratamiento del paciente quemado tiene como finalidad obtener una recuperación lo más adecuada posible, obteniendo una rápida eliminación de la piel quemada y su sustitución por tejidos o materiales adecuados. La atención del paciente quemado es llevada a cabo por equipos de varios especialistas dirigidos por un equipo de Cirugía Plástica. El tratamiento comprende desde el momento de sufrir el accidente, hasta su reintegración socio-familiar, pasando por diferentes etapas.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

- Infección, necrosis, intolerancia a los materiales, reacciones alérgicas a los apósitos y/o cremas, pérdida de los injertos, hematomas, pérdidas hemáticas graves que requieran transfusión.
- Cicatrices patológicas, discrómicas (con alteraciones en el color de la piel), hipertróficas, pruriginosas (que producen picor).
- Graves secuelas estéticas y/o funcionales.

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...).

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.

El cirujano le dará las instrucciones que debe seguir antes, durante y después de la operación; así mismo, si su cirujano lo cree preciso, la intervención puede retrasarse o suspenderse.

2. Riesgos personalizados: Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

- Eliminar la piel quemada.
- Cobertura de las regiones quemadas con tejidos adecuados.

¿Qué otras alternativas hay?

No ser intervenido (no se aconseja por los graves riesgos que supone mantener piel quemada, especialmente a partir de una cierta extensión, y en casos menos extensos para las cicatrices que se pudiesen ocasionar).

Declaración 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_____