

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE TUMORES BENIGNOS

Don/Doña
(Nombre y dos apellidos del paciente)

De años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

Don/Doña
(Nombre y dos apellidos)

De años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

En calidad de De

Don/Doña
(Nombre y dos apellidos del paciente).

DECLARO

Que el/la Doctor/a:
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la EXTIRPACION DE UN TUMOR, APARENTEMENTE BENIGNO.

1.- El propósito principal de la intervención es impedir la posible malignización del tumor y su extensión a estructuras vecinas, así como eliminar el dolor, la irritación y las alteraciones en la masticación.

Comprendo que el tumor que se me va a extirpar será remitido a un especialista patólogo, para que lo analice y determine su benignidad o malignidad y la necesidad de un posible tratamiento posterior.

Comprendo que en el curso del tratamiento puede ser necesario afectar a las estructuras vecinas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico. Recibiré una copia del informe del patólogo acerca de la tumoración extirpada.

2.- El procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también se me ha informado.

3.-La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo mediante la realización de incisiones y separación del área sana.
Posteriormente se realizará la sutura correspondiente.

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que pueden producirse procesos edematosos, inflamación, dolor, laceraciones en la mucosa de la mejilla o del labio, o en la lengua, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el procedimiento.

5.- El/la odontólogo/a/estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me practique la EXTIRPACION DEL TUMOR

En (LUGAR) :

A fecha de :

Fdo. : El/la Odontólogo/a/Estomatólogo/a

Fdo. : El Paciente