

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PTOSIS DE CEJA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La ptosis de ceja o ceja caída se produce cuando existe un descenso de ésta con respecto a su posición natural. Puede estar producida por la edad, por una parálisis facial o por otras causas.

La corrección puede realizarse por diversos métodos:

- Resección directa en cuña. Se trata de la técnica más sencilla. Repone la ceja mediante una incisión por encima de ella, y la resección de una cuña de piel y músculo.
- Sutura al periostio, la membrana que recubre el hueso. Esta técnica suele realizarse a través de una incisión en la piel del párpado superior y suele acompañarse de una resección del exceso de piel y de grasa del párpado.
- Elevación endoscópica de la ceja por suturas a través de incisiones en el cuero cabelludo. Requiere más manipulación pero permite no realizar incisiones alrededor del ojo ni en la frente.
- Elevación de la ceja mediante el uso de hilos barbados ("contour threads") introducidos por incisiones en el cuero cabelludo.

La elección de una u otra técnica será hecha mediante el criterio del médico, que informará y consensuará con el paciente.

La técnica que se va a realizar en este caso es.....

La finalidad de la intervención es resolver la caída de la posición de la ceja para eliminar o mejorar la sintomatología actual.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematoma palpebral y/o facial transitorio.
- Infección de la herida.
- Intolerancia al material utilizado.
- Corrección excesiva o insuficiente respecto al objetivo deseado.

Según la técnica empleada hay algún riesgo especial:

- La resección directa en cuña puede producir cicatrices poco estéticas en la zona de la frente.
- La incisión de blefaroplastia puede dar molestias y/o hematomas en el párpado superior y de la frente.
- La elevación endoscópica de la ceja puede dar molestias y/o hematomas en la zona de la incisión en el cuero cabelludo, y en el recorrido de la disección endoscópica.

- Los hilos barbados pueden dar molestias y/o hematomas en el cuero cabelludo, y en el recorrido de los mismos.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/>puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.			

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "PTOSIS DE CEJA"

Yo, D./Dª. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
	Col. Nº:
DNI/NIE o pasaporte:	Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: