

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN OSEA DE BOVEDA CRANEAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Lesión Ósea de Bóveda Craneal, es un tratamiento quirúrgico que se realiza cuando usted ha sido diagnosticado con una lesión ósea y/o tumor de la bóveda craneal. Esta lesión o tumor puede causar que el hueso afectado se deforme, comprimiendo y poniendo en riesgo la indemnidad de estructuras del sistema nervioso central o simplemente causando deformidades estéticas. Estas pueden corresponder a lesiones benignas o malignas por lo que pueden necesitar de tratamientos complementarios a la cirugía propiamente tal.

Objetivo del procedimiento

El objetivo, es desgastar, remodelar o extirpar el hueso patológico para descomprimir las estructuras del Sistema nervioso o dar una normalidad a la forma de las estructuras óseas o simplemente para obtener una biopsia.

¿Cuándo está indicada la intervención?

Está indicado en los casos en que se producen déficits neurológicos o visuales, cefaleas o signos de hipertensión endocraneal, compresión de estructuras del sistema nervioso central, cuando produce deformidad estética o simplemente cuando no se tiene claridad de la etiología y se necesita de una biopsia.

¿En qué consiste la operación?

El procedimiento se realiza a través de una incisión en la piel accediendo directamente al hueso afectado o a través de una craneotomía. Se desgasta, remodela o extirpa el hueso patológico, pudiendo ser necesario realizar una craneoplastía instalando una prótesis.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Riesgo de Hemorragias extra o intracraneanas.
- Infección de la herida.
- Meningitis.
- Fistulas de Líquido Cefalorraquídeo
- Infección del hueso.
- Lesión cerebral, secuelas neurológicas
- Déficit visual
- Convulsiones
- Mortalidad

Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Qué ocurre al alta hospitalaria?

Se realizarán controles periódicos en Consulta.

Otras alternativas disponibles en su caso: no existen otros procedimientos alternativos para el manejo de su lesión.

El Departamento de Neurocirugía de la Clínica Dávila está compuesto por un grupo organizado de Neurocirujanos, cuya especialización abarca todas las áreas de la especialidad y que, en conjunto, trabajan para brindar una atención continua y de excelencia. De esta forma entiendo que, en mi atención, pudiesen intervenir distintos miembros de este equipo, especialmente en situaciones de urgencia, horarios inhábiles o ausencia momentánea del médico tratante.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Tratamiento Quirúrgico de Lesión Ósea de Bóveda Craneal** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN OSEA DE BOVEDA CRANEAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)