

**ORBITA ETA MASAILEZURREKO KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORBITO-MALAR****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

Traumatismo bat izan duzu, eta, ondorioz, masaileko eta orbitako hezurak hautsi egin zaizkizu. Haustura horrek alterazio estetikoak eta/edo funtzionalak eragin ditzake; esaterako, begiaren kokapen-aldaketa eta mugitzeko zailtasuna, ahoa irekitzeko eta murtxikatzeko zailtasuna eta larruazaleko sentikortasuna galtzea.

Orbita eta masailezurreko hausturetan, hezurren egitura anatomikoa eta funtzionala konpontzeko egiten da tratamendu kirurgikoa. Hausitako hezur zatiak hasierako posizioan jartzen dira, eta finkatu egiten dira betirako hor geldituko den material batekin; edonola ere, batzuetan (batez ere umeekin), material xurgagarria erabiltzen da.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

Interbentzio hau anestesia orokorrarekin edo lokalarekin gauzatu ohi da eta anestesiarekin lotutako arriskuez zure anestesistak emango dizu informazioa. Erabiltzen diren farmakoek ezaguerari eragin dezaioke; horregatik, interbentzioa burutu orduko, ezingo da zenbait aktibitate egin; esate baterako, autoa gidatzea.

Konplikazioetan, badira batzuk ezin saihestuzkoak; hona hemen estatistikoki ohikoena:

- Alergia anestesikoari edo kirurgia egin aurreko, egin bitarteko eta ondoko medikamentuei. Edema eta hematoma periorbitarioa.
- Hematoma subkonjuntibala eta esklerala.
- Beheko betazalaren kokapen-aldaketa: beheko betazala eroria. Ahoa irekitzeko zailtasuna. Begiaren kokapen-aldaketa: begia hondoratua. Diplopia: ikusmen bikoitza
- Aurpegiko zabalera handitzea.- Larruazaleko sentikortasun falta orbitaren azpialdean.
- Larruazal azpiko enfisema: haizea larruazal azpiko ehunetan. Infekzioa eta/edo osteomielitisa. Osteosintetikoko materiala errefusatzeko.
- Estetikoak ez diren orbanak. Ikusmen alterazioak.
- Erretzaileen kasuan, handiagoak dira infekzioa izateko edo zauriak zabaltzeko arriskuak.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

Ha sufrido Ud. un traumatismo que ha resultado en una fractura de los huesos del pómulo y la órbita. Esta fractura puede producir alteraciones estéticas y/o funcionales tales como cambios en la posición del ojo y dificultad para moverlo, dificultad para abrir la boca y masticar y pérdida de sensibilidad cutánea.

El tratamiento quirúrgico de la fractura órbita-malar está dirigido a restaurar la estructura anatómica y funcional de los huesos afectados. Los fragmentos óseos fracturados se colocan en su posición original y se fijan con un material que normalmente se quedará allí para siempre, aunque en algunas ocasiones (sobre todo en niños), se utilizará material reabsorbible.

**C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

La intervención suele realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, de lo que será informado por su anestesista, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía. Edema y hematoma periorbitario.
- Hematoma subconjuntival y escleral.
- Alteración en la posición del párpado inferior: párpado inferior caído. Dificultad para abrir la boca. Alteración en la posición ocular: ojo hundido. Diplopía: visión doble
- Aumento de la anchura facial. - Falta de sensibilidad cutánea en la zona infraorbitaria.
- Enfisema subcutáneo: aire en los tejidos subcutáneos. Infección y/o osteomielitis. Rechazo al material de osteosíntesis.
- Cicatrices inestéticas. Alteraciones visuales.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. BESTELAKO AUKERAK:**

Kasu honetan, ez dago tratamendu kirurgikoaren alternatiba besterik.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**D.- AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.- ALTERNATIVAS:**

En su caso no existe una alternativa al tratamiento quirúrgico.

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente**
**Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico**
**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**
**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....



**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha