

ORTESE CRANIAL DA PLAXIOCEFALIA/BRAQUICEFALIA

1.- Que é e para qué serve?

Utilización dunha ortese para corrixir a deformidade cranial e evitar posibles alteracións no desenvolvemento psicomotor.

2.- Como se realiza?

Consiste no emprego dun casco de material termoplástico realizado á medida do paciente para corrixir a deformidade cranial.

O obxectivo máis habitual é que o paciente o utilice de xeito progresivo ata acadar as 23 horas ao día. Pode haber algunha modificación na devandita pauta, sendo o seu médico rehabilitador o que lle explique estes detalles detidamente adaptados ao seu caso.

3.- Cales son os riscos?

Leves e frecuentes:

Lesións cutáneas: abarcan desde a pel avermellada ata as erosións. Son xeralmente leves. Pode haber alteracións da pel de carácter alérxico ao material do que está fabricada a ortese ou ben por exceso de sudoración ocasionada polo material.

4.- Cales son as alternativas?

Entre as alternativas razoables ao tratamento con ortese cranial recoméndanse modificacións posturais, estiramentos musculares e estimulación cara ao lado de menor arco de mobilidade. Estes tratamentos adoitan ser a primeira liña de actuación nestas entidades, sendo o uso da ortese cranial un paso posterior cando non son suficientes.

A cirurxía resérvase para os casos graves, nos que non está indicada a ortese cranial ou esta non foi eficaz.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en
data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas
satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....