

ORTESIS CRANEAL DE LA PLAGIOCEFALIA/BRAQUICEFALIA

1.- ¿Qué es y para qué sirve?

La ortesis craneal es un apoyo o dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético a nivel del cráneo para corregir la deformidad craneal y evitar posibles alteraciones en el desarrollo psicomotor.

2.- ¿Cómo se realiza?

Consiste en el empleo de un casco de material termoplástico realizado a medida para el paciente para corregir la deformidad craneal.

El objetivo más habitual es que el paciente lo utilice de forma progresiva hasta alcanzar 23 horas al día. Puede haber alguna modificación en dicha pauta, siendo su médico rehabilitador el que le explique estos detalles detenidamente adaptados a su caso.

3.- ¿Cuáles son los riesgos?

Riesgos leves y frecuentes:

Lesiones cutáneas: abarcan desde el enrojecimiento hasta las erosiones. Son generalmente leves. Puede haber alteraciones de la piel de carácter alérgico al material de que está fabricada la ortesis o bien por exceso de sudoración ocasionada por dicho material.

4.- ¿Cuáles son las alternativas?

Entre las alternativas razonables al tratamiento con ortesis craneal se recomiendan modificaciones posturales, estiramientos musculares y estimulación hacia el lado de menor arco de movilidad. Estos tratamientos suelen ser la primera línea de actuación en estas entidades, siendo el uso de la ortesis craneal un paso posterior cuando no son suficientes.

La cirugía se reserva para los casos graves, en los que no está indicada la ortesis craneal o ésta no ha sido eficaz.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.: ..., vecino/a de calle
..... Nº, teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSENTIO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....