



Consentimiento Informado Para
Artritis Séptica Del Adulto

Consentimiento Informado Para Artritis Séptica Del Adulto

Consentimiento Informado – Traumatología / Generales

Consentimiento Informado Para Artritis Séptica Del Adulto

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
ARTRITIS SÉPTICA DEL ADULTO.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

La artritis séptica es una infección articular grave, que habitualmente compromete a una sola articulación causada por gérmenes patógenos.

Los principios del tratamiento quirúrgico son:

Cirugía (drenaje) Antibiótico terapia y Reposo La articulación más frecuentemente afectada es la rodilla. La cirugía consiste en abrir la articulación (Artrotomía) que puede ser a cielo abierto o Artroscópica inmediatamente de hecho el diagnóstico, aseo quirúrgico de la articulación con abundante suero fisiológico y posteriormente se toman muestras para cultivo y biopsia. Dependiendo del compromiso articular se puede dejar abierta la articulación, con solo puntos de aproximación o drenaje espirativo a caída libre Probablemente se realicen varias cirugías hasta limpiar totalmente la articulación.

Los antibióticos se indican de acuerdo al resultado del cultivo y por periodos prolongados. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de la técnica por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

COMPLICACIONES:

- **Frecuentes y poco graves:** Dolor prolongado en zona operatoria, Pérdida de fuerza muscular, Edemas y hematomas.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpática refleja, Lesión neuro vascular, Daño de las superficies articulares (cartílagos) a veces irreversible que pueden llevar a la artrosis y/o anquilosis de la articulación, Infección del hueso adyacente (osteomielitis), Reactivación de la infección articular, Necrosis de la piel, Rigidez articular.
- **Graves y de baja frecuencia:** Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, Shock hipovolémico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédicos y/o de rehabilitación pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, en ocasiones de urgencia.



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

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ARTRITIS SÉPTICA DEL ADULTO.**

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente:..... Rut:

Firma del representante legal:..... Rut:

(Representante legal o familiar responsable).