



Consentimiento Informado para
Cirugía de Artrodesis De Tobillo

Consentimiento Informado Para Para Cirugía De Artrodesis De Tobillo

Consentimiento Informado para para Cirugía de Artrodesis De Tobillo

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
ARTRODESIS DE TOBILLO.

PIE /TOBILLO Derecha
Izquierda

INFORMACIÓN

El objetivo principal de esta intervención consiste en fijar la articulación para corregir la deformidad, mejorar el apoyo y aliviar el dolor. La pérdida definitiva del movimiento que se consigue se compensará en parte con el movimiento de las articulaciones adyacentes.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesario el uso de sangre y/o hemoderivados.

La intervención consiste en el bloqueo del movimiento de la articulación del tobillo mediante cirugía. Para esto se necesita quitar las superficies de deslizamiento (cartílagos) de los huesos a fijar, su puesta en contacto y su mantenimiento mediante tornillos, placas, fijadores externos o yeso, hasta que se obtenga la unión. Para acelerar el proceso puede ser necesario añadir un injerto de hueso, generalmente de otra parte del organismo.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

- Infección a nivel de la herida operatoria que puede llegar a afectar el tejido óseo.
- Hematoma, lesiones vasculares o nerviosas que pueden ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- Recidiva de la deformidad.
- Aflojamiento del material implantado.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.
- Rigidez de articulaciones vecinas, calcificaciones en tejidos que rodean la articulación.
- Necrosis cutánea.
- Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación de la extremidad operada.
- Con el tiempo, y debido a la sobrecarga que sufrirán las articulaciones adyacentes, al compensar la pérdida de movimiento de la articulación artrodesada, puede aparecer artrosis.
- Complicaciones del estado general en personas de edad avanzada.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia.

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



Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes descritas.

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

CONSENTIMIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ARTRODESIS DE TOBILLO.**

PIE /TOBILLO Derecha
Izquierda

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).