



Consentimiento Informado Para  
Artrodesis.

## **Consentimiento Informado Para Artrodesis.**

## Consentimiento Informado Para Artrodesis

---

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.**

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

## INFORMACIÓN

Consiste en fijar o fusionar una articulación en posición funcional destinada a aliviar el dolor y detener el proceso patológico o proporcionar estabilidad. La técnica consiste en reseca todo el cartilago articular o extraarticular, se puede corregir ejes y dejar en posición anatómica y la fijación se realiza mediante fijación interna con placas, clavos o tornillos y fijación externa con tutores externos. En ocasiones es necesario la colocación de injertos óseos. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones a la técnica debido a hallazgos intraoperatorios, para así 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:** Erosiones cutáneas, dolor prolongado en zona operatoria, pérdida de fuerza muscular, edemas y hematomas.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpático refleja, lesión Neuro vascular, infecciones superficiales o profundas, necrosis de la piel, rigidez articular, aflojamiento de los elementos de OTS, consolidación en mala posición, retardo de consolidación, Pseudo artrosis, síndrome compartimental.
- **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 que pueden aumentar los riesgos de complicaciones.



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**

**CONSENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ARTRODESIS.**

**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).