



Consentimiento Informado para
Cirugía de Artroscopia de Lesiones
Osteocondrales del Tobillo

Consentimiento Informado para Cirugía de Artroscopia de Lesiones Osteocondrales del Tobillo

Consentimiento Informado para Cirugía de Artroscopia de Lesiones Osteocondrales del 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 por vía
ARTROSCOPICA DE LESIONES OSTEOCONDRALES DEL TOBILLO

PIE /TOBILLO Derecho
Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, en lo posible, se pretende reparar la lesión por medio de una intervención quirúrgica, para prevenir la aparición de otras manifestaciones como dolor o aumento de la lesión inicial o artrosis.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

La intervención quirúrgica consiste en efectuar una mínima incisión en la piel (menos de 1cm), con la cual se accede a la articulación con el artroscopio para así proceder a efectuar aseo articular, retirando fragmento(s) libre(s) o bien reparar la lesión existente. 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.

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Flebitis, Hematoma. Erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Síndrome compartimental, Osteomielitis o artritis infecciosa, Rigidez articular, Calcificaciones en tejidos cercanos, Necrosis cutánea. Trombosis venosa. Lesión neurovascular, Persistencia de las molestias pre operatorias, Artrosis.
- **Poco frecuentes y graves:** Embolia pulmonar, Embolia grasa, Shock hipovolémico.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

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 mencionadas.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico del defecto ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales.



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:
ARTROSCOPICA DE LESIONES OSTEOCONDRALES DEL TOBILLO

PIE /TOBILLO Derecho
Izquierdo

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).