



Consentimiento Informado para
Cirugía de Biopsias Oseas

Consentimiento Informado para Cirugía de Biopsias Oseas

Consentimiento Informado para Cirugía de Biopsias Oseas

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 procedimiento quirúrgico de:
BIOPSIAS ÓSEAS

LUGAR / LADO.....

INFORMACIÓN

EL objetivo principal de la intervención consiste en realizar una resección de una parte ósea para estudio, procediendo luego al envío de las muestras para análisis anatomopatológico con el fin de conocer el tipo histológico de la lesión.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el equipo de anestesia.

La intervención consiste en realizar una incisión en la piel a través de la cual y con disección roma del resto de los tejidos blandos, llegar hasta el hueso afectado (bajo equipo de rayos) para obtener una o varias muestras de tejido óseo con instrumental especial para tal efecto y posteriormente enviarlas en las condiciones adecuadas, para estudio anatomopatológico

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.

También me ha explicado que de acuerdo a los hallazgos, pudiera ser necesario cambiar la técnica.

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.

- Sangramiento o infección de la herida operatoria.
- Osteomielitis (infección del hueso)
- Hematomas.
- Dolor prolongado en zona operatoria.
- Disminución de la movilidad.
- Distrofia simpático refleja.
- Lesión neurovascular.
- Síndrome compartimental.
- Trombosis venosa profunda.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Shock hipovolémico.

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: **BIOPSIAS ÓSEAS**

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).