



Consentimiento Informado para
Cirugía de las Manos Gravemente
Lesionadas.

Consentimiento Informado para Cirugía de las Manos Gravemente Lesionadas.

Consentimiento informado para Cirugía de las manos gravemente lesionadas

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 la
MANO GRAVEMENTE LESIONADA.

MANO Derecha
 Izquierda

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende manejar la compleja lesión de mano, que puede incluir compromiso óseo, de partes blandas, neurotendinosa y vascular, para lo cual se utilizará todo el arsenal disponible.

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.

El tratamiento consiste en la estabilización de las fracturas si estas existen, el aseo quirúrgico prolijo, la resección de tejido desvitalizado, el manejo de las partes blandas y la reparación de las lesiones neurovasculares y/o tendinosas si estas existen.

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.

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, Yeso compresivo, Dolor prolongado en la zona de la lesión, Pérdida de fuerza muscular en el área, Disminución de movilidad articular, Cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Síndrome compartimental, Distrofia simpático refleja, Pseudoartrosis. Consolidación en mala posición. Rigidez articular, Calcificaciones en tejidos cercanos, Necrosis cutánea. Trombosis venosa. Lesión neurovascular. Necrosis de parte o el total de la zona afectada con posibilidad de amputaciones.
- **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:

.....

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:
MANO GRAVEMENTE LESIONADA.

MANO 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).