



Consentimiento Informado Para
Movilización Bajo Anestesia

Consentimiento Informado Para Movilización Bajo Anestesia

Consentimiento Informado Para Movilización Bajo Anestesia

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 para
MOVILIZACIÓN BAJO ANESTESIA

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

Consiste en la liberación de adherencias articulares con objeto de mejorar rango articular. El procedimiento se realiza mediante anestesia que dependiendo de la articulación puede ser general, regional o troncular. La maniobra deberá producir desplazamiento articular. También puede ser liberación por vía artroscópica en algunas articulaciones

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de la técnica por los hallazgos intra operatorios para 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

- Edema
- Dolor prolongado en articulación liberada.
- Pérdida de fuerza muscular.
- Hemartrosis (sangre intra articular).
- Reproducción de la rigidez.
- Fractura durante la movilización.
- Distrofia simpático-refleja.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o 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 puede aumentar el riesgo 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

CONSENTIMIENTO que se me realice el tratamiento para **MOVILIZACIÓN BAJO ANESTESIA**

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).