



Consentimiento Informado para
Cirugía de Prótesis de Rodillas

Consentimiento Informado para Cirugía de Prótesis de Rodillas

Consentimiento Informado para Cirugía de Prótesis de Rodillas

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:
PROTESIS DE RODILLAS.

RODILLA Derecha
Izquierda

INFORMACIÓN

El propósito de esta intervención consiste en aliviar el dolor, intentar de mejorar la función y alineamiento articular.

La intervención consiste en la implantación de prótesis metálicas y plásticas en reemplazo de la superficie articular dañada. Para realizar este procedimiento es necesario reseca y tallar los huesos de la rodilla y fijar el implante con o sin cemento óseo.

Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración 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.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA PRÓTESIS DE RODILLA

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- a) Tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas,
- b) Como a los debidos a la situación vital del paciente (Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad) pudiendo llegar hasta un riesgo vital.
- c) **Como otros específicos del procedimiento:**
 - Dolor en la cicatriz operatoria
 - Dehiscencia o Necrosis de los Bordes de la Herida
 - Cicatrización excesiva
 - Pérdida de la Movilidad
 - Lesión Neurovascular
 - Desinserción Aparato Extensor
 - Fractura de cualquier hueso de la zona operatoria
 - Inestabilidad y/o Luxación de los componentes protésicos
 - Aflojamiento y Desgaste Protésico - Osificaciones Peri-protésicas
 - Cambios de longitud de la Extremidad intervenida
 - Cojera por insuficiencia muscular u otras causas
 - Neuromas
 - Derrame post operatorio
 - Hemartrosis y Hematomas
 - Infecciones Superficiales o Profundas que pueden obligar a una segunda intervención y eventual retiro de la Prótesis.
 - Insensibilidad alrededor de Rodilla
 - Atrofia Muscular
 - Trombosis Venosa Profunda y Trombo embolismo Pulmonar
 - Distrofia Simpática Refleja

- Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.
- Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia.

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: **PROTESIS DE RODILLAS.**

RODILLA 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).