



Consentimiento Informado Para La
Pseudoartrosis

Consentimiento Informado Para La Pseudoartrosis

Consentimiento Informado Para La Pseudoartrosis

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
PSEUDOARTROSIS.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

Pseudoartrosis es la falta o ausencia de consolidación de una fractura después de a lo menos 6 meses de su tratamiento, haya sido este quirúrgico u ortopédico, ello se produce por características propias del paciente o complicaciones del tratamiento e incluso Pseudo artrosis congénitas.

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos que dependerán del tipo de Pseudo artrosis, el hueso comprometido y el estado nutricional del paciente. En general la cirugía consiste en reseca el tejido fibrocartilaginoso no viable hasta obtener tejido óseo viable, permeabilización del canal medular, colocación de injertos óseos y fijación con material de Osteosíntesis con diferentes elementos como clavo endomedular, placas o fijadores externos. También existen técnicas con fijadores externos que consiste en realizar compresión cíclica, intermitente sin abrir el foco de pseudoartrosis. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones a la técnica debido a hallazgos intraoperatorios, para así 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

- **Frecuentes y poco graves:** Erosiones cutáneas, dolor prolongado de zona operatoria, pérdida de fuerza muscular, hematomas, rigidez articular.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpático refleja, lesión neuro vascular, infección superficial o profunda, necrosis de la piel, rotura de implantes metálicos, recidiva de la Pseudo artrosis, consolidación en mala posición, alteración del crecimiento ósea.
- **Graves y de baja frecuencia:** Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, shock hipovolémico.

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 pueda aumentar los riesgos 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

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **PSEUDOARTROSIS.**

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).