



Consentimiento Informado para
Tratamiento Quirúrgico del Quiste de
Hueco Poplíteo, Quiste de Baker

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico del Quiste de Hueco Poplíteo, Quiste de Baker

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico del Quiste de Huevo Poplíteo, Quiste de Baker

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
QUISTE DE HUECO POPLÍTEO, QUISTE DE BAKER.

PIERNA / RODILLA Derecha
 Izquierda

INFORMACIÓN

El propósito de esta intervención consiste en extirpar la tumoración quística existente en el hueso poplíteo de la rodilla.

Se realiza una incisión en la parte posterior de la rodilla, disecando los músculos y tendones de la zona, para liberarla completamente el quiste y extirparlo en su totalidad, se limpia con suero y se cierra la incisión.

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 DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTE DE HUECO POPLÍTEO. QUISTE DE BAKER.

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
 - Cicatrización excesiva
 - Neuromas
 - Derrame post operatorio
 - Hemartrosis
 - Hematomas
 - Infecciones Superficiales o Profundas
 - Reproducción del quiste
 - Insensibilidad alrededor de Rodilla
 - Atrofia Muscular
 - Pérdida de la Movilidad Articular
 - Dolor Articular Crónico sobre todo si existen lesiones cartilaginosas.
 - Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
 - Lesiones Vásculo-Nerviosas
 - 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.

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.



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:
QUISTE DE HUECO POPLÍTEO, QUISTE DE BAKER.

PIERNA / 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).