



Consentimiento Informado para
Cirugía de Revisión de Prótesis de
Cadera

Consentimiento Informado para Cirugía de Revisión de Prótesis de Cadera

Consentimiento informado de revisión de Prótesis de Cadera

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
REVISION DE PROTESIS DE CADERA

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende revisar quirúrgicamente la prótesis de cadera, evaluar intra operatoriamente su estado y funcionamiento, pesquisar signos de infección, evaluar la necesidad de remover hueso de neo formación, evaluar la necesidad de su recambio y si las condiciones clínicas y de laboratorio lo permiten reemplazarla por otra prótesis.

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 abordar quirúrgicamente la cadera, comprobar el estado y estabilidad de la prótesis, revisar sus elementos de fijación, y de acuerdo a la evaluación pre e intra operatoria proceder a la remoción o recambio de la prótesis. En algunas ocasiones es necesario complementar el procedimiento con la colocación de hueso propio o de donante externo para reforzar defectos óseos, o usar amarras de alambre o placas metálicas por fracturas sobre agregadas, lo que significa otra vía de abordaje.

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

Frecuentes y poco graves: Sangramiento de herida operatoria, erosiones y necrosis de la piel, disminución de movilidad articular, cicatriz hipertrófica.

Poco frecuentes y a veces graves: Hematoma en la zona quirúrgica, infección precoz o tardía de la prótesis la cual puede hacer necesario su remoción, flebitis o trombosis de las extremidades inferiores, y Luxación de la prótesis, que puede requerir inmovilización con yeso. A más largo plazo debe considerarse el aflojamiento de uno o de los dos componentes de la prótesis, o su desgaste. En personas postradas pueden producirse escaras e infecciones pulmonares o urinarias.

De acuerdo con la evolución del cuadro puede ser necesario el retiro o el reemplazo de la prótesis

Menos frecuentes pero graves: embolía pulmonar, embolía 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.

Para la realización más segura de esta técnica puede ser necesaria la colocación de una sonda vesical.



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 por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o 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

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
REVISION DE PROTESIS DE CADERA

LADO Derecho
 Izquierdo

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).