



Consentimiento Informado Síndrome
De Compresión Nerviosa

Consentimiento Informado Síndrome De Compresión Nerviosa

Consentimiento Informado Síndrome De Compresión Nerviosa

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
SÍNDROME DE COMPRESIÓN NERVIOSA.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

Es la compresión nerviosa en su trayecto anatómico normal por diversas causas (post-traumáticas, secundarias a cirugías, síndromes específicos, etc.). La cirugía consiste en realizar liberación de estructuras que comprimen el trayecto nervioso, en algunos casos es necesario complementar con neulolisis como en el síndrome de túnel carpiano por atrapamiento de nervio mediano en la muñeca.

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, Hematomas y edema, Perdida de fuerza muscular.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Lesiones neuro vasculares, Tendinosas, Reproducción del atrapamiento nervioso, Síndrome compartimental, Infección, Distrofia simpático refleja.
- **Graves y de baja frecuencia:** Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica a veces 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 puedan 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:
SÍNDROME DE COMPRESIÓN NERVIOSA.

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).