



Consentimiento Informado Para
Amputación

Consentimiento Informado Para Amputación

Consentimiento informado para Amputación

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:
AMPUTACIÓN.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

La amputación de una extremidad o parte de ella está indicada como última alternativa de tratamiento en una serie de situaciones (tumores malignos, graves atriciones, complicaciones de diabetes descompensadas, gangrenas, etc.) en que el propósito fundamental del tratamiento médico es salvar la vida del paciente y en los cuales no queda otra alternativa de tratamiento.

Es un procedimiento que elimina un segmento del organismo, generalmente una extremidad o parte de ella. La amputación se debe realizar a través de tejidos sanos y en un nivel que elimine la parte enferma o anormal. Las amputaciones pueden ser cerradas que son la mayoría y abiertas cuando es necesario realizar una segunda intervención para cerrar el muñón. La técnica quirúrgica secciona piel, músculos, nervios, vasos sanguíneos, hueso y deberá tener una longitud adecuada para posterior utilización de prótesis si es necesario. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de la técnica por los hallazgos intra operatorios para 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, edema del muñón, neuromas.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpático-refleja, lesión neuro-vascular, Infecciones superficiales o profundas, necrosis de la piel, dolores fantasmas (dolor referido a extremidad amputada).
- **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 intervención en algunos casos 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 pueden 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: **AMPUTACIÓN.**

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).