



Consentimiento Informado para
Cirugía de Fractura y Pseudo Artrosis
de Clavícula.

Consentimiento Informado para Cirugía de Fractura y Pseudo Artrosis de Clavícula.

Consentimiento Informado para Cirugía de Fractura y Pseudo Artrosis de Clavícula.

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:
PSEUDO ARTROSIS DE CLAVICULA DOLOROSA.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende recuperar la forma y longitud de la clavícula a través de la solidarización y estabilización de los fragmentos óseos con la ayuda de una osteosíntesis. Cuando se ha intentado un tratamiento conservador que fracasa en el tiempo, los fragmentos de fractura no se unen y se produce una pseudoartrosis. En estos casos se debe apoyar la estabilización con un injerto tricortical, habitualmente tomado de la cresta ilíaca contralateral.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general 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.

La intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado y se efectúa una incisión a lo largo de la clavícula afectada, para luego cuidadosamente solidarizar los fragmentos óseos y estabilizarlos con un implante metálico (placa y tornillos). Preferentemente placa LCP.

En el caso de una Pseudoartrosis como se comentó anteriormente, se regularizan los bordes óseos y se coloca un injerto tricortical de cresta ilíaca para recuperar la forma y longitud de la clavícula, además facilitar la unión.

Existe la posibilidad de absorción del injerto y que se requiera una nueva cirugía

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:**

- Infección superficial o profunda de la herida operatoria
- Aflojamiento del implante (osteosíntesis)
- Hematoma
- Lesión neurológica o vascular de los elementos bajo la clavícula (subclavías)
- Dolor residual
- Rigidez parcial de hombro
- Cicatriz hipertrófica (Queloides)

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.

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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones tales como infección trombotosis, eventos cardiovasculares.

El médico me ha explicado la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura o de la pseudoartrosis de clavícula **y que las alternativas son:**

- Manejo conservador

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:
PSEUDO ARTROSIS DE CLAVICULA DOLOROSA.

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).