



Consentimiento Informado para
Cirugía de Liberación Artroscópica
Hombro Congelado- Artrosis
Capsulitis Adhesiva.

Consentimiento Informado para Cirugía de Liberación Artroscópica Hombro Congelado- Artrosis Capsulitis Adhesiva.

**Consentimiento informado para Liberación Artroscópica Hombro Congelado-
Artrosis Capsulitis Adhesiva.**

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:
HOMBRO CONGELADO.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende mejorar la rigidez del hombro producida por adherencias de la cápsula.

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.

La intervención consiste en primer lugar movilización del hombro bajo anestesia general provocando rupturas que permitan el ingreso posterior del instrumental artroscópico.

Luego se efectúan 2 incisiones mínimas de no más de 1cm a través de las cuales se introduce una fuente de luz con cámara y por la otra, el Artroscopia con el cual se realiza Sinovectomía, Biopsias sinoviales, Capsulotomía y Liberación articular general, buscando la recuperación del rango movilidad articular hombro.

Posteriormente se requerirá una rehabilitación específica de hombro y de controles estrictos y seriados con su cirujano.

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) **y los específicos del procedimiento:**

- Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio.
- Rigidez parcial hombro residual, siempre menor a la preoperatorio.
- Rotura o estallido del hueso que se moviliza en la operación.
- Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro.
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación.
- Infección superficial o profunda
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.
- Paciente Diabético con una posibilidad de recurrencia de síntomas o no mejoría de un 30%.

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

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento Artroscópico del Hombro Congelado Capsulitis Adhesiva, **y que las alternativas terapéuticas son:**

- Cirugía Abierta
- Rehabilitación como tratamiento 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:

HOMBRO CONGELADO.

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).