



Consentimiento Informado para
Cirugía de Liberación Artroscópica
Túnel Carpo

Consentimiento Informado para Cirugía de Liberación Artroscópica Túnel Carpo

Consentimiento Informado para Cirugía de Liberación Artroscópica Túnel Carpo

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
TÚNEL CARPO ARTROSCOPICO.

MANO Derecho
 Izquierdo

Mediante este procedimiento se busca disminuir la presión del nervio mediano, quitando el dolor de mano secundariamente.

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 realizar por 1 o 2 incisiones mínimas para introducir el artroscopio y la fuente de luz para visualizar el Ligamento Anular Transverso del Carpo, seccionándolo totalmente, y sin necesidad de lesionar piel y celular subyacente, con recuperación más rápida y menor riesgo de queloides o hiperpicatización de piel.

Posteriormente se requerirá una liviana rehabilitación de mano y de controles 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, pudiendo llegar a un riesgo vital, como **otros específicos del procedimiento:**

- Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio.
- Sangramiento durante o después de la cirugía
- Infección superficial o profunda
- Lesión de rama sensitiva y-o motora de nervio mediano originando dolor y parálisis en las zonas afectadas
- Lesión de estructuras del paquete cubital
- Cicatriz dolorosa, infección o dehiscencia de la herida.
- Rigidez de las articulaciones de los dedos y ocasional Síndrome Sudeck o
- Distrofia Refleja.

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 como

.....
El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento Liberación Artroscópica de Túnel Carpo, y que las **alternativas terapéuticas son:**

- Cirugía Abierta del Túnel.
- 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:
TÚNEL CARPO ARTROSCOPICO.

MANO 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).