



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Pie Bot Infantil

Consentimiento Informado para Cirugía de Pie Bot Infantil

Consentimiento Informado para Pie Bot.

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

FECHA.....HORA.....

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 necesario, en la situación de mi hijo(a) que es conveniente proceder, al tratamiento quirúrgico del

PIE BOT.

PIE /TOBILLO

Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende corregir, en lo posible, la deformidad del pie por medio de una intervención quirúrgica, impidiendo así otros defectos de apoyo que darán hiperqueratosis, úlceras y dolores severos que le alterarán su marcha a futuro.

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.

El tratamiento consiste en una cirugía amplia, con una o diferentes vías de abordaje, para poder elongar un tendón de Aquiles retraído, abrir un número variable de articulaciones y restablecer una anatomía alterada entre astrágalo y escafoides y el calcáneo con cuboides (retropié con mediopié). Su estabilización puede requerir uso de agujas las que se deben retirar a futuro, además de suturas a los tendones elongados. 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.

También me ha advertido que en ocasiones no se logra una adecuada reducción de los huesos por los hallazgos intraoperatorios, o por cirugías anteriores, pero siempre se intentará obtener un pie plantigrado.

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.

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Rotura o estallido del hueso, Síndrome compartimental, Osteomielitis o artritis infecciosa. Alteración del crecimiento, rigidez articular, Necrosis cutánea, Lesión neurovascular, necrosis óseas.
- **Poco frecuentes y graves.** Shock hipovolémico, pie talo, pie hiper corregido.

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, en algunos casos de urgencia.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas y a antibióticos, 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) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes mencionadas.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico del defecto ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces.



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 le realice el tratamiento quirúrgico para: **PIE BOT.**

PIE /TOBILLO Derecho
Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).