



Consentimiento Informado para
Cirugía de Pulgarización Dedo de la
Mano

Consentimiento Informado para Cirugía de Pulgarización Dedo de la Mano

Consentimiento Informado para Cirugía de Pulgarización Dedo de la Mano

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
PULGARIZACIÓN DE UN DEDO.

MANO Derecha
Izquierda

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende transponer un dedo largo de la mano para transformarlo en dedo pulgar, en casos de amputación de este último dedo, para lo cual se realiza un procedimiento microquirúrgico, osteosíntesis y reorganización de los paquetes neurovasculares.

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 la transposición de un dedo largo de la mano en el lugar físico donde se encontraba el pulgar amputado, realizando para esto una rotación y resituación del dedo largo con todo su paquete neurovascular y tendineo. Se requiere estabilización con agujas de kirschner que serán retiradas en un futuro.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Flebitis. Hematoma. Erosiones cutáneas, Dolor prolongado en la zona de la lesión, Pérdida de fuerza muscular en el área, Disminución de movilidad articular, Cicatriz hipertrófica, compromiso vital del dedo, función insatisfactoria del dedo.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Rotura o estallido del hueso fracturado, Distrofia simpático refleja, Osteomielitis o artritis infecciosa. Rigidez articular, Calcificaciones en tejidos cercanos, Necrosis cutánea. Trombosis venosa. Lesión neurovascular. Rotura, aflojamiento o infección del implante.
- **Poco frecuentes y graves:** Embolia pulmonar, Embolia grasa, Shock hipovolémico.

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 quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelares funcionales.

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:
PULGARIZACIÓN DE UN DEDO.

MANO Derecha
Izquierda

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).