



Consentimiento Informado Síndrome
Compartimental

Consentimiento Informado Síndrome Compartimental

Consentimiento Informado – Traumatología / Generales

Consentimiento Informado Síndrome Compartimental

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
SINDROME COMPARTIMENTAL.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

INFORMACIÓN

Es el aumento de presión de un compartimiento anatómico cerrado debido a diversas causas (traumatismos, secundaria a cirugías, infecciosas, etc.) Se caracteriza por aumento volumen, dolor a la palpación, dolor a la movilidad de articulación distal, puede acompañarse por ausencia de pulso distal que dependerá de compartimiento comprometido y que puede llevar a la necrosis de parte de la extremidad afectada.

El tratamiento una vez diagnosticado consiste en realizar Fasciotomía amplia del compartimiento afectado (sección de aponeurosis que es la estructura que cubre los músculos) para descomprimir y evitar necrosis y daño permanente de tejidos blandos. Posteriormente en un segundo tiempo se realiza el cierre de la herida quirúrgica o colocación de injerto de piel.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de la técnica por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

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, como otros específicos del procedimiento.

COMPLICACIONES POSIBLES

- Dolor prolongado de la zona
- Hemorragia
- Lesiones neuro vasculares
- Contractura muscular
- Rigidez de articulaciones vecinas
- Infección superficial o profunda
- Cicatrices hipertróficas
- Necrosis de tejidos que pueden ir desde solo la piel o comprometer parte importante de la extremidad afectada y que pueden requerir de cirugías para retirar material necrótico o amputaciones
- Trombosis venosa profunda
- Trombo embolismo pulmonar

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o de rehabilitación pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica en ocasiones de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está totalmente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.



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.

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: **SINDROME COMPARTIMENTAL.**

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

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).