

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en extirpar el cuerpo extraño localizado en: _____

CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses, o hacerse continuas.

Durante unos días, precisará reposo. En ocasiones será necesaria la inmovilización. Inicialmente puede presentar pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

- Lesión de vasos de la zona y/o hematoma.
- Lesión de nervios de la zona, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una pérdida de fuerza. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, y excepcionalmente embolia pulmonar.

- Infección de la herida.
- Cicatriz de la herida dolorosa.
- Rigidez de las articulaciones, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).

Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos son:

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Inicialmente se puede mantener un tratamiento expectante pero, por dolor o si aumenta el volumen o cambian los síntomas, es recomendable su extirpación.

El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando fracasan las medidas conservadoras.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por lo tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____