

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA

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

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA.

1. El propósito principal de la intervención es tratar la falta de consolidación de una fractura que tras un periodo prolongado de tratamiento no ha conseguido la reparación ósea.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en proporcionar las condiciones para permitir la consolidación de la fractura. Puede ser preciso el aporte de injerto óseo (procedente de banco o del propio paciente), el uso de dispositivos metálicos para estabilizar el hueso (tornillos, placas, clavos o fijadores externos) y, eventualmente, el abordaje del foco de fractura.
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA; pueden ser:
 - Infección de la herida quirúrgica.
 - Lesión vascular.

- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos o motores.
 - Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
 - Aflojamiento o rotura del material implantado.
 - Flebitis o tromboflebitis que pudiera dar lugar a embolismo pulmonar y muerte.
 - Embolia grasa.
 - Rigidez o limitación funcional articular.
 - Fracaso en la consecución de la consolidación ósea que pueda requerir intervenciones adicionales.
 - Dolor residual.
 - Síndrome compartimental.
 - Distrofia simpático-refleja.
 - Acortamiento alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
 - Complicaciones en la zona dadora del injerto óseo tales como hematomas, infecciones y fracturas óseas.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
7. 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.

- ✓ 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 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 ____