

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Retiro de Material de (OTS)

FL-CDM-100

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende retirar el material de OTS (Osteosíntesis) utilizado con anterioridad para el tratamiento de las fracturas o de otras cirugías ortopédicas

EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (OTS)

El tratamiento consiste en el retiro del material de OTS (Osteosíntesis) utilizado con anterioridad, el cual puede ser extraído parcial o totalmente. 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 puede ser necesario modificar la técnica operatoria por los hallazgos intra operatorios e incluso decidir el no retiro del material de OTS (Osteosíntesis) si este aumenta los riesgos operatorios o post-operatorios.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (OTS)

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: sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área,
- Poco frecuentes y de mediana gravedad: Infección de la herida operatoria, necrosis cutánea, lesión neurovascular.
- Poco frecuentes y graves: Embolia pulmonar, Embolia grasa, Shock hipovolémico.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Retiro de Material de (OTS)

FL-CDM-100

Rev. 03

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.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **RETIRO DE MATERIAL DE OTS (Osteosíntesis)**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **RETIRO DE MATERIAL DE OTS (Osteosíntesis)**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **RETIRO DE MATERIAL DE OTS (Osteosíntesis)**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____