


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Pseudoartrosis	FL-CDM-101
		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

Eliminar el tejido fibrocartilaginoso no viable hasta obtener tejido óseo viable, permeabilización del canal medular, colocación de injertos óseos y fijación con material de Osteosíntesis con diferentes elementos como clavo endomedular, placas o fijadores externos.

## EN QUE CONSISTE LA PSEUDOARTROSIS

Pseudoartrosis es la falta o ausencia de consolidación de una fractura después de a lo menos 6 meses de su tratamiento, haya sido este quirúrgico u ortopédico, ello se produce por características propias del paciente o complicaciones del tratamiento e incluso pseudoartrosis congénitas.

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos que dependerán del tipo de pseudoartrosis, el hueso comprometido y el estado nutricional del paciente. También existen técnicas con fijadores externos que consiste en realizar compresión cíclica, intermitente sin abrir el foco de pseudoartrosis. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones a la técnica debido a hallazgos intraoperatorios, para así 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.

## RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO

- Frecuentes y poco graves: Erosiones cutáneas, dolor prolongado de zona operatoria, pérdida de fuerza muscular, hematomas, rigidez articular.
- Poco frecuentes y de mediana gravedad: Distrofia simpático refleja, lesión neuro vascular, infección superficial o profunda, necrosis de la piel, rotura de implantes metálicos, recidiva de la pseudoartrosis, consolidación en mala posición, alteración del crecimiento óseo,
- Graves y de baja frecuencia: Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, shock hipovolémico.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o 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.

## 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.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Pseudoartrosis</b>	FL-CDM-101
		Rev. 03

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

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 una **PSEUDOARTROSIS**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **PSEUDOARTROSIS**

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 la **PSEUDOARTROSIS**, 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** \_\_\_\_\_