


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTROSCOPIA DE RODILLA POR MENISECTOMIA	FL-CDM-128
		Rev. 01

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

El propósito principal de esta intervención consiste en la extirpación o regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de la estabilidad que se produce al quedar atrapadas partes del menisco entre el fémur y la tibia durante el movimiento de la articulación.

## EN QUE CONSISTE LA ATC RODILLA POR MENISECTOMIA

La intervención consiste en la introducción, dentro de la cavidad articular, y a través de pequeñas incisiones, de un fino telescopio para visualizar las estructuras intraarticulares y el instrumental necesario para poder proceder a la extirpación y regularización de los meniscos u otras estructuras articulares, lo que supone una ventaja en comparación con la cirugía convencional.

## RIESGOS DE LA CIRUGIA DE ATC RODILLA POR MENISECTOMIA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Dolor en los portales de entrada por irritación de nervios superficiales.
- Derrame postoperatorio.
- Hemorragia posquirúrgica.
- Recidiva de la sinovitis
- Dolor articular cuando existen alteraciones degenerativas del cartílago.
- Atrofia articular, precisando de nueva intervención.
- Con menor frecuencia, puede ocurrir trombosis venosa profunda, infecciones superficiales o profundas, pérdida de algún grado de movilidad y lesiones neuro-vasculares en relación con síndrome compartimental.
- Excepcionalmente, se han descrito graves complicaciones vasculonerviosas que han dado lugar a lesiones irreversibles en el miembro afectado.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


Tratamiento conservador con antiinflamatorios y rehabilitación para disminuir el dolor en los casos en los que exista contraindicación qca. O cirugía convencional con artrotomía y menisectomía total.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTROSCOPIA DE RODILLA POR MENISECTOMIA	FL-CDM-128
		Rev. 01

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 **ARTROSCOPIA DE RODILLA MENISECTOMIA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ARTROSCOPIA DE RODILLA MENISECTOMIA**

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 **ARTROSCOPIA DE RODILLA MENISECTOMIA** 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 \_\_\_\_\_

## REVOCACION

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 \_\_\_\_\_