

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Artroscopia Otras Articulaciones (Codo, muñeca, Cadera, Tobillo)

FL-CDM-83

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

El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a la articulación de _____

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA ARTROSCOPIA DE _____

La intervención consiste en introducir dentro de la articulación una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión (que se denominan portales). Con ello se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.

La indicación de esta técnica la realiza su cirujano pero es un procedimiento que puede emplearse en el tratamiento de lesiones (extracción de cuerpos libres, control de fracturas, sinovectomía, liberación de adherencias, etc.) de la muñeca (lesiones del fibrocartilago triangular, control de fracturas, exploración de la muñeca dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, cuerpos libres, cuerpos extraños, lavados en artritis, biopsias, etc.); de la cadera (cuerpos libres, cadera dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, patología del rodete, etc.) y tobillo (cuerpos libres, osteocondritis control de fracturas, sinovectomía, artritis, resección de osteofitos, etc.) Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo u cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

RIESGOS DE LA ARTROSCOPIA DE _____


- Infección de las heridas operatorias o de las articulaciones. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- Hemorragia.
- Rigidez articular, que pueden requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- Hematomas de zonas adyacentes.
- Distrofia simpático-refleja.
- Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperable y son muy poco frecuentes.
- Síndrome compartimental.
- Fallos y roturas del material empleado.
- Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

RIESGOS PERSONALIZADOS

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Artroscopia Otras Articulaciones (Codo, muñeca, Cadera, Tobillo)	FL-CDM-83
		Rev. 03

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.

Si después de leer detenidamente este documento desea mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que 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** _____

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

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** _____ 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: _____