


FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento Quirúrgico de Fracturas Condilos Femorales y/o Platinos Tibiales	FL-CDM-90
		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 de esta intervención reducir y fijar los fragmentos óseos involucrados en la fractura.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE CONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS TIBIALES

Consiste en realizar la reducción o reconstrucción y fijación de los fragmentos óseos involucrados en la fractura, mediante elementos metálicos, suturas o bioabsorbibles.

Pueden requerir inmovilización adicional (Yesos, Férulas, Órtesis, otros)

Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas.

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 DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE CONDILOS Y/O FEMORALES PLATILLOS TIBIALES

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, como a los debidos a la situación vital del paciente (Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad) pudiendo llegar hasta un riesgo vital; como otros específicos del procedimiento:

- Dolor en la cicatriz operatoria
- Cicatrización excesiva
- Neuromas
- Derrame post operatorio
- Hemartrosis
- Hematomas
- Infecciones Superficiales o Profundas
- Insensibilidad alrededor de Rodilla
- No consolidación de la Fractura (Pseudoartrosis)
- Consolidación viciosa de la fractura
- Retiro de material de osteosíntesis
- Exposición del material de osteosíntesis
- Aflojamiento del material de fijación
- Atrofia Muscular
- Pérdida de la Movilidad Articular
- Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
- Lesiones Vasculo-Nerviosas
- Distrofia Simpática Refleja
- Dolor Articular Crónico sobretodo si existen lesiones cartilaginosas
- Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.
- Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia.

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

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento Quirúrgico de Fracturas Condilos Femorales y/o Platinos Tibiales	FL-CDM-90
		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 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 un **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURASCONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS TIBIALES**
 Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURASCONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS TIBIALES**

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 **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURASCONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS TIBIALES**, 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 _____