


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO OSTEOSINTESIS Fracturas Articulares	FL-CDM-99
		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 consiste en restablecer la función y anatomía de la articulación, en la medida de lo posible, y disminuir los riesgos de rigidez articular consecutivas a este tipo de fracturas.

EN QUE CONSISTE LA OSTEOSINTESIS

La intervención consiste en restauración, en la medida de lo posible, de la normal anatomía de la articulación, en la fijación de la fractura mediante placas, tornillos y elementos metálicos y, en ocasiones en la sustitución de la articulación.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA OSTEOSINTESIS

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:

- Infección a nivel de la herida operatoria que puede llegar a afectar a tejido óseo.
- Hematoma, lesiones vasculares o nerviosas que pueden ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- Aflojamiento del material implantado.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.
- Rigidez articular, calcificaciones en los tejido que rodean la articulación o la prótesis insertada con limitación de su movilidad.
- Necrosis cutánea.
- Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado.

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..) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.


RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Reducción e inmovilización mediante escayola u ortesis como tratamiento conservador o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica.

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

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO OSTEOSINTESIS Fracturas Articulares	FL-CDM-99
		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 más 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 **OSTEOSINTESIS FRACTURAS ARTICULARES**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **OSTEOSINTESIS FRACTURAS ARTICULARES**

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 **OSTEOSINTESIS FRACTURAS ARTICULARES**, 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 _____