

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Amputación de Extremidades

FL-CDM-24

Rev. 04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Eliminar la posibilidad de infecciones generalizadas (septicemia), o dolor intratable sin posibilidad de mejorar el riesgo. Debido a que usted presenta una obstrucción o estenosis severa de las arterias de las extremidades, en su caso, que la enfermedad ha progresado hasta desencadenar extensas lesiones irreversibles con gangrena. La causa más frecuente de esta lesión es la aterosclerosis, pero pueden existir otras como diabetes, fibrodiasplasias, calcificaciones, traumatismos, infecciones, aneurismas trombosados, disecciones, IRC (Insuficiencia Renal Crónica).

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES (En qué consiste)

Consiste en la separación definitiva de una parte o de la extremidad. Existen diferentes niveles por los que se puede amputar. El nivel elegido depende de múltiples factores: más a muscular, grado de vascularización que garanticen la cicatrización del muñón, infecciones asociadas, capacidad de rehabilitación posterior, grado de funcionalidad para futuras prótesis, estado general del paciente, etc. En general durante la intervención se seccionarán la piel, los músculos, nervios y vasos (que serán ligados o cauterizados) y huesos. Posteriormente se intentara construir un muñón que en los casos indicados pueda ser útil para implantar una prótesis. En muchos casos, especialmente cuando existen infecciones o abscesos asociados, es imprescindible dejar el muñón de amputación abierto para que los tejidos cicatricen poco a poco (curación por segunda intención). 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 POTENCIALES DE LA CIRUGÍA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES

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

- Hemorragias, infecciones de las heridas, neumonía, intubación prolongada, septicemia, descompensación de la diabetes, fracasos multiorgánicos, síndrome del miembro fantasma, etc., Estas complicaciones suelen presentarse durante el acto quirúrgico o en los días inmediatamente posteriores.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, 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.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Medicación analgésica que evite el dolor producido por la gangrena pero que no evita, e incluso favorece, un deterioro progresivo del estado general que puede acelerar la muerte del paciente.

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.

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 identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Amputación de Extremidades

FL-CDM-24
Rev. 04

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Amputación de Extremidades**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Amputación de Extremidades**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Amputación de Extremidades** 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 o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)