

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-103
	Tratamiento Quirúrgico de Ruptura del Tendón de Aquiles	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

El objetivo de la intervención es recuperar la integridad anatómica del tendón de Aquiles lesionado.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RUPTURA DEL TENDÓN DE AQUILES (En qué consiste)

La cirugía consiste en la reparación del tendón lesionado para conseguir el correcto funcionamiento del tobillo y pie. Esto se logra suturando el tendón con material no absorbible y manteniéndolo inmovilizado con bota de yeso por un periodo de 6 a 8 semanas.

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 DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RUPTURA DEL TENDÓN DE AQUILES

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

- Hematoma, infección o dehiscencia de la herida operatoria.
- Flebitis o tromboflebitis, que puede dar lugar a tromboembolismo pulmonar.
- Rigidez articular y pérdida de la movilidad del músculo por cicatriz interna.
- Hemorragia por lesión de un vaso sanguíneo menor o mayor.
- En caso de usarse injerto, distensión o reabsorción de éste con recidiva de la alteración inicial.
- Lesión de nervios adyacentes, que podrían ocasionar trastornos sensitivos y/o motores permanentes.
- Problemas vásculo-nerviosos derivados del uso del manguito de isquemia.
- No obtención de una reparación adecuada.

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.) ortopédico y/o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, 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.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico, ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas son menos efectivas y tienen un porcentaje más elevado de re-ruptura del tendón.

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Tratamiento Quirúrgico de Ruptura del
 Tendón de Aquiles

FL-CDM-103
 Rev.04

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

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)

un **Tratamiento Quirúrgico de Ruptura del Tendón de Aquiles.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento Quirúrgico de Ruptura del Tendón de Aquiles.**

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 un **Tratamiento Quirúrgico de Ruptura del Tendón de Aquiles** 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)