

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Artroscopia de Rodilla por Menisectomía

FL-CDM-128

Rev. 02

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 propósito principal de esta intervención consiste en la extirpación o regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de la estabilidad que se produce al quedar atrapadas partes del menisco entre el fémur y la tibia durante el movimiento de la articulación.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA POR MENISECTOMIA (En qué consiste)

La intervención consiste en la introducción, dentro de la cavidad articular, y a través de pequeñas incisiones, de un fino telescopio para visualizar las estructuras intraarticulares y el instrumental necesario para poder proceder a la extirpación y regularización de los meniscos u otras estructuras articulares, lo que supone una ventaja en comparación con la cirugía convencional.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA POR MENISECTOMIA

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:

- Dolor en los portales de entrada por irritación de nervios superficiales.
- Derrame postoperatorio.
- Hemorragia posquirúrgica.
- Recidiva de la sinovitis
- Dolor articular cuando existen alteraciones degenerativas del cartílago.
- Atrofia articular, precisando de nueva intervención.
- Con menor frecuencia, puede ocurrir trombosis venosa profunda, infecciones superficiales o profundas, pérdida de algún grado de movilidad y lesiones neuro-vasculares en relación con síndrome compartimental.
- Excepcionalmente, se han descrito graves complicaciones vasculonerviosas que han dado lugar a lesiones irreversibles en el miembro afectado.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamiento conservador con antiinflamatorios y rehabilitación para disminuir el dolor en los casos en los que exista contraindicación qca. O cirugía convencional con artrotomía y Menisectomía total.

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

Artroscopia de Rodilla por Menisectomía

FL-CDM-128
Rev. 02

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)

una **Artroscopia de Rodilla por Menisectomía.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Artroscopia de Rodilla por Menisectomía.**

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 **Artroscopia de Rodilla por Menisectomía** 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)