


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-81
	Acromioplastía Artroscópica (Lesión de Manguito de los Rotadores)	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 propósito principal de la intervención consiste en intentar mejorar la movilidad del hombro y evitar o disminuir el dolor que padece.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACROMIOPLASTÍA ARTROSCÓPICA (LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES) (En qué consiste)

La intervención consiste en disminuir la fricción que se produce en el espacio subacromial con el choque de las partes óseas (acromion y clavícula) contra el manguito de los rotadores, durante los movimientos del hombro. Para ello se procede a disminuir el grosor óseo, aumentando así el espacio entre estructuras.

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 ACROMIOPLASTÍA ARTROSCÓPICA (LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES)

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:

- Persistencia del dolor.
- Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro.
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación.
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la 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

- Cirugía abierta.
- Rehabilitación como tratamiento conservador o en los casos en que existe 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.

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
Acromioplastía Artroscópica
(Lesión de Manguito de los Rotadores)

FL-CDM-81
 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)

una **Acromioplastía Artroscópica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Acromioplastía Artroscópica.**

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 **Acromioplastía Artroscópica** 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)

REVOCAACION:

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)