

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-86

Hallux Valgus

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 corregir, en lo posible, la deformidad de los dedos, prevenir metatarsalgias (dolor en la planta del pie) y la aparición de otras deformidades como dedos en garra, hiperqueratosis (callosidades) y subluxaciones de articulaciones, mejorar la biomecánica del antepié e intentar la desaparición de los dolores.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGIA HALLUX VALGUS (En qué consiste)

La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel del primer dedo del pie con realineación de éste y eliminación de la prominencia ósea (juanete) de la cara interna del primer metatarsiano y, si fuera necesario, una corrección de las deformidades asociadas del resto de los dedos.

Esta corrección se puede realizar mediante técnica convencional o mediante técnica de mínima incisión, a través de pequeños orificios se practican las correcciones bajo control radioscópico.

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 CIRUGIA HALLUX VALGUS

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:

- Reparación de la deformidad del primer dedo.
- Dedo en garra.
- Adormecimiento del primer dedo por lesión de los nervios digitales.
- Neuromas de nervios digitales.
- Necrosis de los bordes de la herida.
- Hematomas
- Contractura de la primera membrana interdigital.
- Limitación del movimiento de la articulación metatarso-falangica.
- Infección de la herida quirúrgica ya sea superficial o profunda con riesgos de afectación de estructuras óseas.
- Necrosis vascular de la cabeza del primer metatarsiano.
- Acortamiento del primer dedo.
- Fractura del metatarsiano.
- Algo distrofia simpático-refleja.
- Trombosis venosa profunda y, excepcionalmente, tromboembolismo 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 medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Utilización de plantillas u ortesis y zapatos especiales para evitar el dolor 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. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-86

Hallux Valgus

Rev. 04

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

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 de **Hallux Valgus**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una cirugía de **Hallux Valgus**.

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 de **Hallux Valgus** 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)