


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-97
	Cirugía del Ligamento Cruzado Anterior y Exploración del Resto de la Rodilla	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 conseguir estabilizar la rodilla y reparar las lesiones que se aprecien durante la intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y EXPLORACIÓN DEL RESTO DE LA RODILLA (En qué consiste)

La intervención consiste en la sustitución del ligamento por tendones, tendones y hueso o prótesis del ligamento lesionado para conseguir la estabilidad de la rodilla. Parte o todo el procedimiento puede ser realizado mediante técnica artroscópica.

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 DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y EXPLORACIÓN DEL RESTO DE LA RODILLA

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:

- Hematoma, infección o dehiscencia de la herida operatoria.
- Flebitis o tromboflebitis, que puede dar lugar a embolismo pulmonar.
- Sinovitis a repetición.
- Rotura o estallido del hueso durante la implantación del injerto.
- Rigidez articular y pérdida de la extensión por artrofibrosis (ciclope).
- Lesiones en rótula o en la zona dadora del tendón rotuliano.
- Hemorragia por afectación de un gran vaso que, en algunos casos, puede dar lugar a graves consecuencias para la pierna afectada.
- Distensión o reabsorción del injerto con recidiva de la inestabilidad.
- Lesión o afectación de los nervios adyacentes que podrían ocasionar trastornos sensitivos y/o motores permanentes.
- Problemas vasculo-nerviosos secundarios la utilización del manguito de isquemia.
- Distrofia simpático refleja o enfermedad de Sudeck.
- No obtención de una estabilización adecuada de la rodilla.

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

Utilización de una ortesis específica y potenciación de musculatura como tratamiento conservador o en los casos en 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

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-97
	Cirugía del Ligamento Cruzado Anterior y Exploración del Resto de la Rodilla	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 del Ligamento Cruzado Anterior y Exploración del Resto de la Rodilla.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía del Ligamento Cruzado Anterior y Exploración del Resto de la Rodilla** 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 del Ligamento Cruzado Anterior y Exploración del Resto de la Rodilla** 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)