

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AMPUTACIÓN MAYOR ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cuando por distintos motivos deja de llegar sangre a una pierna (o una parte) se produce una gangrena. También puede ocurrir por una infección grave. Puede quedar localizada a nivel de los dedos del pie o avanzar por la pierna. Esta intervención consiste en cortar la pierna. Puede realizarse a distintos niveles dependiendo de la situación de la pierna. En mi caso se ha considerado más adecuada una amputación

Lo normal es que la anestesia sea epidural/espinal, de cintura para abajo, pero depende de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

Es posible que durante o después de la operación necesite una transfusión de sangre o derivados. Me informarán desde el Banco de Sangre, pero es necesario decirselo a mi médico si tengo algún problema al respecto.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

En la situación actual NO es posible recuperar la pierna y lo que se pretende es conseguir controlar el dolor producido por la isquemia de la extremidad y evitar complicaciones graves como infecciones o alteraciones metabólicas que pueden ser mortales.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La única alternativa a esta técnica sería no cortarla y continuar con tratamiento y curas, con la posibilidad de que las lesiones se hagan mayores y después sea necesaria una amputación más arriba.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

A veces:

Puede haber alguna complicación a nivel de la herida (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).

Puede no cicatrizar si la sangre no llega correctamente, y puede incluso abrirse el muñón.

Estos problemas pueden necesitar de nuevas operaciones y a veces es necesario volver a hacer una amputación más arriba.

Después de la amputación, y dependiendo de mi situación general, se podrán iniciar ejercicios de rehabilitación para intentar colocar en el futuro una prótesis que me permita volver a caminar, pero he comprendido y aceptado que NO siempre se puede conseguir.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se corta la pierna las sustancias tóxicas que pasan a la sangre también producen alteraciones en muchos órganos y una infección general grave que pueden ser mortales en un tiempo variable.

RIESGOS FRECUENTES

Aunque no haya ningún problema, mi médico me ha explicado que con el tiempo:

Puede quedar la sensación de tener aún la zona amputada (miembro fantasma), y puede mantenerse durante mucho tiempo.

El muñón puede no recibir suficiente sangre, y quedarse frío, amoratado o que aparezcan heridas (isquemia del muñón).

Estos problemas pueden necesitar nuevas operaciones y a veces hace falta una amputación más arriba.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):.....

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA