

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AMPUTACIONES MENORES 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 hacia arriba. Esta intervención consiste en cortar las zonas del pie que se encuentran afectadas. Lo normal es que la anestesia sea local (pinchando en el dedo o el tobillo) o epidural/espinal (de cintura para abajo). Depende de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Me ha informado que en la situación actual NO es posible recuperar esa zona, y con la amputación lo que se pretende es controlar el dolor y evitar sobreinfecciones que puedan poner en peligro la vida.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La única alternativa a esta técnica sería no cortar esa parte del pie 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

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.

Puedo necesitar utilizar algún tipo de plantilla para caminar mejor.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

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.):

A veces:

1. Puede haber alguna complicación a nivel de la herida (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones
2. Puede no cicatrizar porque no llega la sangre hasta el pie, y necesitar otro tipo de operaciones para intentar resolver este problema.
3. Puede ser necesario dejar la herida abierta para hacer las curas si hay una infección importante.

Esta operación puede no ser definitiva, y que según como evolucione es posible que se necesite una amputación más arriba

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