

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DEL PIE ZAMBO ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*¿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

Generalmente estas intervenciones se dirigen a alargar el tendón de Aquiles, u otros que persistan retraídos, así como a realizar secciones capsulares y ligamentosas para permitir el reposicionamiento correcto de los huesos que forman el pie.

La intervención quirúrgica se decide de forma individualizada para cada pie. La magnitud de la intervención, así como el tipo de abordaje o incisión quirúrgica a practicar, vienen determinadas por el grado de la deformidad a corregir.

En dependencia de la intervención quirúrgica planificada por el médico especialista responsable del tratamiento, se utiliza anestesia local, regional o general. Puede ser necesaria la realización de osteotomías (cortes en los huesos) para corregir la forma anormal de los huesos, y su estabilización posterior con implantes metálicos y yesos correctores.

Pese a un tratamiento correcto la deformidad puede presentar una tendencia a reaparecer, dado que sus causas no pueden ser tratadas, por lo que el seguimiento de estos pacientes debe realizarse durante todo el crecimiento. En el caso de reaparición de una deformidad, puede ser necesaria la realización de alguna nueva intervención quirúrgica consistente en transposiciones tendinosas (cambios de posición de tendones), liberaciones articulares, nuevas osteotomías o incluso la fijación definitiva en buena posición de determinadas articulaciones del pie.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo del tratamiento es lograr un pie plantígrado (con un apoyo plantar normal), indoloro y con una adecuada movilidad. Dado que no conocemos las causas de esta deformidad, no podemos tratar ni corregir dichas causas, por lo que tratamos sus consecuencias.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Manipulaciones, vendajes o yesos correctores progresivos durante varios meses. Este tipo de tratamiento puede no ser capaz de corregir completamente la deformidad, o bien que ésta sea recurrente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría del apoyo del pie y por tanto de la capacidad de deambulación (capacidad de andar).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia de la deformidad.

RIESGOS FRECUENTES

1. Corrección insuficiente.
2. Infección.
3. Dificultades en la cicatrización.
4. Daño neurológico o vascular.
5. Migración de implantes.

6. Riesgos anestésicos acompañantes.

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

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