

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DRENAJE DE ABSCESO EN PIE DIABÉTICO ESPECIALIDAD DE 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

Una de las posibles complicaciones de la diabetes son las infecciones a nivel de los pies. Pueden localizarse en los dedos, o afectar a zonas más amplias, especialmente la planta del pie. Muchas veces el aspecto externo no es muy aparatoso pero hay una gran infección en el interior del pie. Estas infecciones suelen ser difíciles de controlar y ponen en peligro la parte del pie afectada, además de ser un problema general grave que necesita un tratamiento médico controlado.

Esta intervención consiste en eliminar los tejidos infectados del pie. Será diferente según cada caso.

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.

Lo normal es que se dejen zonas del pie abiertas para poder realizar después las curas.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se me ha informado de que en la situación actual NO es posible controlar adecuadamente la infección de otro modo. Se pretende reseca la fuente de infección para adecuado control de la misma y evitar su progresión hasta el punto que pueda comprometer la vida del paciente

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Las únicas alternativas a esta técnica serían:

1. Mantener las curas externas y un tratamiento antibiótico, con el riesgo de desarrollar una infección muy grave y a veces mortal (sepsis), y la posibilidad de que después sea necesaria una amputación más arriba.
2. Realizar directamente una amputación por un territorio sano y libre de infección.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Pueden ser necesarias curas locales durante mucho tiempo, en ocasiones con ingresos muy largos. También pueden necesitarse tratamientos con antibióticos durante tiempo prolongado.

2. Pueden no cicatrizar las heridas porque no llegue bien la sangre hasta el pie, y necesitar otro tipo de operación. Esta operación puede no ser definitiva, y que según como evolucione es posible que se necesiten nuevos drenajes e incluso una amputación del pie o de la pierna.

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

4. 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.).....

Puede producirse una infección generalizada (sepsis) y/o afectarse otros órganos, especialmente los riñones.

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/Dª			
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/Dª			
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/Dª			
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