

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE FRACTURAS DIAFISARIAS EN NIÑOS
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

El doctor/a me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO de la fractura diafisaria de.....,que en cuyo procedimiento incluye:

1. Reducción y fijación de la fractura con dispositivo externo (fijador externo).

La intervención precisa de anestesia que será valorada por el servicio de anestesiología, indicando el método mas adecuado en su caso. Habitualmente requiere un ingreso hospitalario de 24h. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal consiste en conseguir la consolidación del hueso fracturado, con una rápida incorporación en la movilidad articular ó en la deambulación con 2 bastones.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El doctor/a me ha informado de que las posibles alternativas son:

1. La no realización de la intervención quirúrgica.
2. Continuar con tratamiento médico y ortopédico, con tracciones blandas ó con inmovilizaciones enyesadas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consolidación de la fractura, con la consiguiente movilización precoz de la articulación y del paciente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La inmovilización con tracciones blandas y largos periodos hospitalarios o con inmovilizaciones enyesadas, que no consiguen la reducción aceptable de la fractura diafisaria.

RIESGOS FRECUENTES

1. Infección de la herida quirúrgica
2. Lesión vascular (hematoma)
3. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporalmente o definitivamente trastornos sensitivos o motores.
4. Rotura o estallido del hueso, que se manipula durante la intervención.
5. Rigidez o limitación funcional articular.
6. Dolor residual, distrofia simpático refleja o distrofia de Sudeck.
7. Acortamiento o alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
8. Transfusión de sangre.

C. INFORMADO FRACTURA DIAFISARIAS EN NIÑOS

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02 Página 1 de 2

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

1. Síndrome compartimental.
2. Embolia grasa.
3. Flebitis, tromboflebitis o trombosis venosas profundas que pudiera dar lugar a la enfermedad tromboembólica, con embolismo pulmonar y muerte.
4. Osteomielitis crónica.
5. Aflojamiento o rotura del material implantado.
6. Fracaso de la consolidación ósea, que puede requerir intervenciones adicionales.
7. Necrosis cutánea, que requiera de injerto cutáneo por el Servicio de Cirugía Plástica.
8. Retardo de consolidación, consolidación parcial, pseudoartrosis.

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

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implicadas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Por mi situación actual el médico me ha explicado que por presentar.....pueden aumentar riesgos o complicaciones como:.....

CONTRAINDICACIONES

No.

PACIENTE			
D/D^a			
<p>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</p>			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
<p>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</p>			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
<p>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.</p>			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA