

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE OSTEOTOMÍA CORRECCIÓN AXIAL RODILLA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA

*¿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

Osteotomía Valguizante/Varizante de rodilla

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal de la intervención consiste en el desaparición o disminución de dolores artrósicos y la mejora de la función de la rodilla al alinear los ejes y corregir el varo/valgo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función de la rodilla. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no corrigiendo la posible alteración biomecánica, y, en ese caso, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Después de la intervención presentará inflamación en la articulación que se traducirá en un derrame más o menos importante y molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses. Puede precisar de la inmovilización con yeso u ortesis durante semanas. Para el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá las oportunas instrucciones. Con ello evitará la eventual atrofia muscular, o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Entre las complicaciones de la intervención de la osteotomía de rodilla pueden resaltarse:

1. Infección a nivel de la herida operatoria.

C. INFORMADO OSTEOTOMÍA CORRECCIÓN AXIAL DE RODILLA

2. Hemorragia masiva por afectación de un gran vaso, que en algunos casos puede ocasionar la muerte y que puede presentarse durante o después de la intervención pudiendo llevar a la amputación del miembro.
3. Lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.
4. Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
5. Aflojamiento del material implantado.
6. Flebitis o tromboflebitis que puede dar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte.
7. Acortamiento, alargamiento, defectos de rotación o de angulación del miembro operado e inestabilidad de la rodilla que haga necesario el uso de un dispositivo ortopédico.
8. Rigidez articular.
9. Persistencia del dolor.
10. La realización de una osteotomía de tibia no presupone que en un futuro no sea necesario un reemplazamiento de la articulación
11. Puede precisar hemotransfusión.
12. Consolidación en mala posición o pseudoartrosis.

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

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

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