

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE TENOARTROLISIS 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

La intervención consiste en liberar las adherencias que restringen la movilidad y modificar o alargar las estructuras óseas, tendinosas, capsulares o musculares que puedan influir en esta limitación. En ocasiones puede realizarse una manipulación bajo anestesia. Si no es suficiente, puede requerirse la apertura de la articulación y la liberación de las adherencias a cielo abierto.

La intervención precisa anestesia. El servicio de Anestesiología estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal de la intervención es recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La alternativa terapéutica consiste en el tratamiento rehabilitador, con el que, en ocasiones, no se consigue un rango de movilidad articular satisfactorio.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas, así como un periodo variable de inflamación.

Durante unos días puede precisar reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente puede presentar pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización del procedimiento quirúrgico que se le propone puede conllevar la no recuperación de la movilidad funcional de la/s articulación/es.

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 hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la rigidez articular de..... mediante tenoartrolisis son:

C. INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE TENOARTROLISIS

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

1. Problemas vasculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
2. Infección de la herida quirúrgica o de la articulación.
3. Lesión de los vasos adyacentes.
4. Lesión o afectación de los nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
5. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
6. Hematomas de zonas adyacentes.
7. Miositis osificantes.
8. Recurrencia de la rigidez que requiera nuevas intervenciones.
9. Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
10. Rotura o estallido de las estructuras óseas que se manipulan en la intervención, lo que puede obligar a la realización de una osteosíntesis en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo.
11. Complicaciones cutáneas (necrosis, cicatriz dolorosa o antiestética, etc).
12. Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
13. Síndrome compartimental.
14. Rigidez de las articulaciones, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos.
15. En determinados casos puede ser necesaria la transfusión de sangre.
16. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

1. Infección local en área herida quirúrgica.
2. Presencia de proceso febril u otro cuadro médico que aconseje retrasar la cirugía (cada caso será debidamente explicado al paciente).

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