

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES 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

Cuando los métodos no quirúrgicos no resultan eficaces, o cuando la cadera presenta signos de riesgo o mal pronóstico, pueden realizarse tenotomías (cortes en los tendones) para relajar la cadera, o bien osteotomías (cortes en los huesos) tanto a nivel del fémur como de la pelvis para conseguir una mejor congruencia de la articulación. Las osteotomías se estabilizan con implantes metálicos que deberán ser extraídos posteriormente en una segunda intervención. En las formas de *Cierre fisario prematuro*, pueden ser necesarias intervenciones para reequilibrar la desproporción resultante entre el tamaño de las estructuras de la cadera, frenando el crecimiento de las más grandes o bien modificando su forma mediante osteotomías.

En otras ocasiones puede ser necesaria la eliminación de porciones óseas concretas, que han presentado un crecimiento no deseado. Como operaciones de salvamento, pueden realizarse otras osteotomías a nivel del fémur y/o la pelvis para mejorar la forma y función final de la cadera.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Los objetivos del tratamiento son mantener el movimiento y prevenir la deformidad y la alteración del crecimiento de la cadera, o bien corregir en lo posible estas deformidades cuando ya están establecidas.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Dentro de los métodos de tratamiento no quirúrgico están el reposo en cama (con o sin tracción de la extremidad, o con yesos), los dispositivos ortopédicos para estimular y/o mantener la congruencia articular (férulas, ortesis, ...) y la descarga de la articulación (con férulas, muletas). Estos tratamientos pueden prolongarse durante muchos meses, con una aceptación y tolerancia variable por parte del paciente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de la función articular de la cadera.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Deformidad residual y deterioro de la función articular de la cadera.

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.
7. Rotura del hueso.

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