

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la AMPUTACIÓN DE _____(antebrazo, brazo, pierna, pie, etc.)

1. El propósito principal de la intervención consiste en eliminar una parte o la totalidad de la extremidad que debido a la gravedad de sus lesiones, no puede ser reconstruida satisfactoriamente.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en la resección del segmento enfermo de la extremidad y la creación de un muñón que pueda recibir en un futuro una prótesis.
4. 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.

5. Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica de la AMPUTACIÓN DE_____ (antebrazo, brazo, pierna, pie, etc.) pueden ser:

- Hematoma.
- Dehiscencia de la herida.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Infecciones superficiales o profundas.
- Necrosis de los colgajos cutáneos o musculares que exijan una nueva amputación a un nivel más elevado.
- Neuromas.
- Miembro fantasma, puede sentir que la parte amputada todavía existe. Esta sensación precisa tratamiento farmacológico y en ocasiones puede mantenerse indefinidamente.
- Distrofia simpática-refleja.
- Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, contracturas y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.
- Sobrecrecimiento terminal.

7. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como:

8. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____