

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGÍCO DE EXTRACCIÓN DE MATERIAL

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

PROCEDIMIENTO

La operación consiste en la extracción parcial o total de un implante (prótesis, clavo, tornillos, placa, agujas, varillas metálicas o fijador externo) colocado con anterioridad para tratar su lesión. Habitualmente la extracción se efectúa por el mismo abordaje por donde se introdujo.

Actualmente porque comienza a molestarle o porque ha terminado su función es conveniente extraérselo total o parcialmente.

El objetivo es aliviarle el dolor que produce el implante, facilitar el tratamiento rehabilitador, o seguir con una segunda fase del tratamiento de su lesión.

El procedimiento precisa de anestesia, que según sea el implante a extraer puede ser desde anestesia general a local. El Departamento de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cuál es la más adecuada.

Dependiendo del implante a extraer puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de aparición de trombosis.

CONSECUENCIAS SEGURAS

1. Durante unos días presentará molestias en la zona de la herida, debido a la cirugía y al proceso de cicatrización que puede prolongarse algunas semanas, meses o hacerse continuas. Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

2. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

- Toda intervención quirúrgica 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.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar), que puede conducir a la muerte
- Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que requiere además de antibiótico apertura de la herida y drenaje
- Lesión de los vasos o nervios de la zona.
- Fractura o perforación del hueso durante la extracción del implante o con posterioridad.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: imposibilidad de extraer el material, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética, quemadura por el bisturí eléctrico.
- A estas hay que añadir todas las complicaciones que se le expusieron en el momento de la primera intervención.
- 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

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

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La alternativa sería mantener el implante, en aquellos casos en los que no sea imprescindible su retirada para poder continuar el tratamiento.

En el caso de que produjera alguna molestia se trataría con analgésicos.

- ✓ 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 ____