

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA**

FECHA:.....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....  
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que el propósito de esta intervención consiste en examinar, eventualmente reparar, reemplazar, modificar, extraer o resecaer elementos anatómicos intra articulares lesionados, como pueden ser: meniscos, sinovial, cartílago u otros. Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el equipo de anestesia. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

.....  
.....

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- Dolor en los portales artroscópicos
- Cicatrización excesiva
- Neuromas
- Derrame post operatorio
- Hemartrosis
- Insensibilidad alrededor de Rodilla
- Atrofia Muscular
- Pérdida de la Movilidad Articular
- Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
- Infecciones Superficiales o Profundas
- Distrofia Simpática Refleja
- Dolor Articular Crónico sobretodo si existen lesiones cartilaginosas.
- En el caso de una Menisectomía Artroscópica en pacientes mayores de 50 años podría desarrollarse una osteonecrosis de cóndilo femoral de causa mecánica, por sobrecarga de fuerzas.
- Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.
- Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico o kinésico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.



**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
 .....

**DECLARACION Y FIRMAS**

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

**MEDICO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

**NEGACION (RECHAZO)**

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

**REVOCACION**

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

