

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR**

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 tratamiento consiste en la colocación de un implante para inmovilizar y estabilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada. En algunos tipos de fractura, en que se compromete seriamente la vitalidad futura de la cabeza femoral, se coloca una prótesis.

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.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende reducir e inmovilizar la fractura por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis ( agujas, tornillos, placas, prótesis, etc.) hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado, los que de acuerdo a la evolución del cuadro requerirán o no su retiro en el futuro.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales.

**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, que pueden ser:

- Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, disminución de movilidad articular.

- Poco frecuentes y de mediana gravedad: hematoma de la zona operatoria, infección precoz o tardía, flebitis, trombosis, falta de consolidación de la fractura, reabsorción a largo plazo del hueso por necrosis, aflojamiento de los elementos de osteosíntesis, fractura de los elementos de osteosíntesis, falsa vía y/o fractura del hueso que puede necesitar de otros procedimientos.

- Poco frecuentes y graves: embolía pulmonar, embolía grasa, shock hipovolémico,

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica y/o complicaciones cardiorrespiratorias con riesgo vital.

**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:.....

