

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que la intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado y se efectúa una incisión longitudinal en la cara superior de hombro sobre la articulación acromioclavicular. Se lleva a cabo la reducción articular (se coloca ambos componentes óseos a la misma altura) y luego se fija la clavícula a la apófisis coracoide con un tornillo metálico finalmente se suturan los ligamentos coracoclaviculares.

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 reconstruir la articulación acromioclavicular, la cual se ha luxado generando dolor y limitación funcional, producto de un traumatismo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular y que las alternativas son Manejo conservador ortopédico

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital; como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Infección herida operatoria
- Aflojamiento del tornillo de fijación Coracoclavicular
- Reluxación acromioclavicular
- Hematomas
- Lesión neurológica de algún tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Dolor residual
- Rigidez parcial de hombro
- Cicatriz hipertrofica (Queloides)
- Artrosis acromioclavicular

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.



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:.....

