



ASOCIACION ESPAÑOLA

Primera en Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA DE DEDO EN RESORTE

INFORMACIÓN GENERAL

El propósito de la intervención consiste en la desaparición o disminución de los dolores y problemas de sensibilidad, así como la disminución de movilidad y engatillamiento del dedo afectado.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA DE DEDO EN RESORTE

La intervención consiste en la sección de la polea del tendón flexor del dedo afectado, se realiza con isquemia del brazo afectado utilizando un manguito similar al de tomar la tensión arterial.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA DE DEDO EN RESORTE

En ese caso se mantendrán los síntomas y signos que son expresiones del cuadro clínico actual.

RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE DEDO EN RESORTE

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- Reparación de la sintomatología con el tiempo.
- Lesión de la rama sensitiva y/o motora del nervio mediano originando dolor y parálisis en las zonas afectadas.
- Cicatriz dolorosa, infección o dehiscencia de la herida.
- Rigidez de las articulaciones de los dedos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc,) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De darse dicha circunstancia, el médico actuante adoptará, en el momento, las medidas terapéuticas que considere pertinentes

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

INFORMACION Y RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Analgésicos, antiinflamatorios, infiltraciones y rehabilitación como tratamiento conservador o en los casos en que existen contraindicaciones quirúrgicas.

SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una cirugía de dedo en resorte, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los _____ días del mes de _____ de 201__.

MEDICO TRATANTE.

NOMBRE _____

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

FIRMA _____

Teléfonos _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de - _____, no consiento su realización.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ____/____/____, para realizar el procedimiento de _____.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____