

## Documento de consentimiento informado para la realización de una amputación de extremidad

D./DÑA: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad con domicilio en \_\_\_\_\_ .y DNI N° \_\_\_\_\_

D./DÑA: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad con domicilio en \_\_\_\_\_ .y DNI N° \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ . (Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

### DECLARO

Que el Dr./Dra: \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a la AMPUTACIÓN DE \_\_\_\_\_ .(antebrazo, brazo, pierna, pie \_\_\_\_\_ ) .

- 1.El propósito principal de la intervención consiste en eliminar una parte o la totalidad de la extremidad que debido a la gravedad de sus lesiones, no puede ser reconstruida satisfactoriamente.
- 2.La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
- 3.La intervención consiste en la resección del segmento enfermo de la extremidad y la creación de un muñón que pueda recibir en un futuro una prótesis.
- 4.Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad \_\_\_\_\_ ) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- 5.Las complicaciones de la intervención quirúrgica de la AMPUTACIÓN DE \_\_\_\_\_ .(antebrazo, brazo, pierna, pie,...) pueden ser:
  - a) Hematoma
  - b) Dehiscencia de la herida
  - c) Trombosis venosa profunda
  - d) Tromboembolismo pulmonar
  - e) Infecciones superficiales o profundas
  - f) Necrosis de los colgajos cutáneos o musculares que exijan una nueva amputación a un nivel más elevado.
  - g) Neuromas
  - h) Miembro fantasma, puede sentir que la parte amputada todavía existe. Esta sensación precisa tratamiento farmacológico y en ocasiones puede mantenerse indefinidamente.
  - i) Distrofia simpática-refleja.
  - j) Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, contracturas y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
  - k) Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes
  - l) Sobrecrecimiento terminal.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como: \_\_\_\_\_

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

### CONSIENTO

Que se me realice LA AMPUTACIÓN DE \_\_\_\_\_ ..

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ ..

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de Colegiado:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**

### REVOCACIÓN

D./DÑA: \_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ años de  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
edad con domicilio en \_\_\_\_\_ ..y DNI Nº \_\_\_\_\_ ..

D./DÑA: \_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ años de  
(Nombre y dos apellidos)  
edad con domicilio en \_\_\_\_\_ ..y DNI Nº \_\_\_\_\_ ..

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ ..

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de Colegiado:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**