

Documento de consentimiento informado para cirugía ósea y transferencias musculotendinosas en cirugía de la parálisis

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

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

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 CIRUGÍA OSEA Y/O TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS como tratamiento de CIRUGÍA DE LA PARÁLISIS.

1. El propósito principal de la intervención es corregir de forma paliativa los efectos de una lesión nerviosa no reparable o diagnosticada de forma tardía, o como complemento de la cirugía nerviosa con objeto de mejorar sus resultados.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en realizar transferencias musculotendinosas o intervenciones óseas (osteotomías, topes óseos, etc.) para mejorar la orientación de los grupos musculares funcionantes. También puede requerir la fusión (artrodesis) de algunas articulaciones para favorecer la acción de la musculatura activa.
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 CIRUGÍA OSEA Y TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS, pueden ser:
 - a) Infección de la herida quirúrgica
 - b) Lesión vascular
 - c) Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos o motores.
 - d) Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
 - e) Aflojamiento o rotura del material implantado.
 - f) Fracaso de las reinserciones musculotendinosas.
 - g) Debilidad o pérdida de potencia en la zona dadora del músculo transferido.
 - h) Recuperación funcional menor de la esperada.
 - i) Flebitis o tromboflebitis que pudiera requerir nuevas intervenciones.
 - j) Embolia grasa.
 - k) Retraso o fracaso de la consolidación ósea que pudiera requerir nuevas intervenciones.
 - l) Dolor residual.
 - m) Síndrome compartimental.
 - n) Distrofia simpático refleja.
 - o) Necrosis cutáneas.
 - p) Acortamiento, alargamiento, disminución de la movilidad o defectos de rotación del miembro intervenido.

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

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,

CONSENTO

Que se me realice CIRUGÍA ÓSEA Y/O TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS para tratamiento de la PARÁLISIS.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Médico
Nº 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 _____

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 Colegiado _____

Fdo.: El Paciente