hm hospitales

Cirugía de entesitis y tenosinovitis

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

en calidad deé .deé é é é é é é é é é é é é é é é é é .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el Dr./Draé é é é é é é é é é é é é ..... (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENTESITIS Y TENOSINOVITIS.

1. El propósito principal de la intervención es disminuir el dolor y la inflamación de las inserciones o trayectos tendinosos y mejorar la función de los tendones.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesia.
3. La intervención consiste en resecar el tejido crónicamente inflamado, ya sea vaina sinovial, bursa o polea tendinosa, y desinsertar total o parcialmente, si es necesario, la inserción tendinosa inflamada.
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,é) 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 para TRATAMIENTO DE ENTESITIS O TENOSINOVITIS, pueden ser:
   a) Infección de la herida quirúrgica.
   b) Lesión de estructuras neurovasculares adyacentes.
   c) La lesión o compresión de pequeñas ramas nerviosas superficiales puede producir neuromas dolorosos o hipestesias u hormigueos en áreas próximas a la incisión quirúrgica.
   d) Cicatriz dolorosa.
   e) La resección de las zonas afectas puede debilitar el tendón con lo que se puede romper secundariamente.
   f) Recurrencia de los síntomas que requiera una nueva intervención.
   g) Necrosis cutánea.
   h) Distrofia simpático refleja.

6. 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 me 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 comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENTESITIS Y TENOSINOVITIS.

Ené . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico **Fdo.: El Paciente**
Nº de Colegiado:_____

REVOCACIÓN

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

en calidad deé .deé é é é é é é é é é é é é é é é é é .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fechaé é é é é é . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ené . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico **Fdo.: El Paciente**
Nº de Colegiado:_____