hm hospitales

# Osteotomía correctora de fémur

D./DÑA:é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é 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 é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é 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 é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .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, a practicar una OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE FÉMUR.

1. El propósito principal de la intervención es la corrección de la configuración del fémur, bien a nivel próximal como distal, en aquellos casos que alteran la anatomía o la función de la cadera o la rodilla, causantes de dolor, degeneración artrósica o anomalías funcionales.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesia.
3. La intervención consiste en corregir la morfología del fémur mediante secciones óseas, bien a nivel proximal como a distal, restituyendo la anatomía normal y manteniéndolo en su nueva situación mediante implantes metálicos tales como placas, tornillos o clavos..
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 de OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE FEMUR, 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) Flebitis o tromboflebitis que pudiera dar lugar a embolismo pulmonar y muerte.
   g) Embolia grasa.
   h) Rigidez o limitación funcional articular.
   i) Retraso o fracaso de la consolidación ósea que pudiera requerir nuevas intervenciones.
   j) Dolor residual relacionado o no con el implante.
   k) Síndrome compartimental.
   l) Distrofia Simpático Refleja.
   m) Necrosis cutáneas.
   n) Acortamiento, alargamiento 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 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 OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE FÉMUR.

Ené é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . (LUGAR Y FECHA)

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

**REVOCACIÓN**

D./DÑA:é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é 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 é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é 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 é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .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 . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ené é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é . (LUGAR Y FECHA)

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