

## Documento de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de pseudartrosis aséptica

D/Doña \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos del paciente), de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_

con DNI número \_\_\_\_\_

D/Doña \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos), de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_

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

### DECLARO

Que el Dr. /Dra. \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PSEUDARTROSIS ASEPTICA.

1. El propósito principal de la intervención es tratar la falta de consolidación de una fractura que tras un periodo prolongado de tratamiento no ha conseguido la reparación ósea.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en proporcionar las condiciones para permitir la consolidación de la fractura. Puede ser preciso el aporte de injerto óseo (procedente de banco o del propio paciente), el uso de dispositivos metálicos para estabilizar el hueso (tomillos, placas, clavos o fijadores externos) y, eventualmente, el abordaje del foco de fractura.
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 para TRATAMIENTO DE PSEUDARTROSIS ASEPTICA, puede ser:
  - a. Infección de 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. Fracaso en la consecución de la consolidación ósea que pueda requerir intervenciones adicionales.
  - j. Dolor residual.
  - k. Síndrome compartimental.

- l. Distrofia simpática refleja.
  - m. Acortamiento alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
  - n. Complicaciones en la zona dadora del injerto óseo tales como hematomas, infecciones y fracturas oseas.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo medico 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 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 un TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_.

Fdo: El/la Medico

Fdo: El paciente.

Nº de Colegiado \_\_\_\_\_

### REVOCACION

D/Doña \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos del paciente), de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ con DNI número \_\_\_\_\_

D/Doña \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos), de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ con DNI número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ (Representante legal, familiar o allegado) de \_\_\_\_\_ (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 2 \_\_\_\_\_.

Fdo: El/la Medico

Fdo: El paciente.

Nº de Colegiado \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_