

## Documento de consentimiento informado para la realización de cirugía reconstructiva tumoral

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. \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una CIRUGIA RECONSTRUCTIVA TUMORAL en \_\_\_\_\_ (rodilla, cadera,.....) mediante el empleo de \_\_\_\_\_ (prótesis, aloinjerto, ambos).

1. El propósito principal de la intervención consiste en la extirpación de la tumoración y reconstrucción del defecto causado, intentando conservar un satisfactorio nivel funcional y anatómico.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en la resección del segmento dañado y su reconstrucción mediante injertos óseos propios y/o de donantes, prótesis metálicas y/o colgajos musculo-fascio-cutáneos.
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 una CIRUGIA RECONSTRUCTIVA TUMORAL en \_\_\_\_\_ (rodilla, cadera,.....) pueden ser:
  - a) Enfermedad tromboembólica.
  - b) Fracturas del hueso huésped o del aloinjerto durante la intervención o mas tardíamente.
  - c) Lesión de los vasos adyacentes.
  - d) Lesión de los nervios adyacentes.
  - e) Infección del implante, que obligaría a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasa.
  - f) Inestabilidad/Luxación de la prótesis que puede exigir su reducción e incluso cambio.
  - g) Aflojamiento, desgaste o rotura de los componentes de la prótesis o de la osteosíntesis, que implicaría la necesidad de recambio, con peores resultados que la implantación inicial.
  - h) Osificaciones periprotésicas dolorosas o aquilosantes.
  - i) Rigidez articularla
  - j) Menos frecuente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
  - k) Pueden presentarse asimismo parálisis, cojera y acortamiento del miembro.
  - l) Puede ser necesaria la transfusión de sangre que será valorada por el servicio de hemoterapia.
  - m) Necrosis de las partes blandas.

- n) Recidiva de la enfermedad.
- o) Seudoartrosis de aloinjerto.
- p) Transmisión de enfermedades víricas.
- q) Reabsorción del aloinjerto por incompatibilidad inmunológica.

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

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 LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA TUMORAL, en \_\_\_\_\_ (rodilla, cadera...)

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 Colegiado \_\_\_\_\_

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