

Documento de consentimiento informado para la retirada del material de osteosíntesis

D./DÑA: _____ , de _____ años de edad con domicilio en _____ .y DNI N° _____

D./DÑA: _____ , de _____ años de edad con domicilio en _____ .y DNI N° _____

En calidad 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 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.

1. El propósito principal de la intervención es prevenir los trastornos que pueden desencadenarse a medio o largo plazo en el hueso huésped por la presencia del material de osteosíntesis así como aliviar el dolor a las molestias de las que a veces es responsable dicho material.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en la extracción del material de osteosíntesis que puede ser muy diverso (agujas, tornillos, placas atornilladas, clavos intramedulares, etc.) y que se había colocado anteriormente para el tratamiento de fracturas o realización de diversos tratamientos en cirugía ortopédica.
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 LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, pueden ser:
 - a) Problemas vasculo-nerviosos secundarios o la utilización del manguito de iscremia.
 - b) Infección de la herida quirúrgica.
 - c) Lesión de los vasos adyacentes.
 - d) Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irresistibles.
 - e) Enfermedad tromboembólica, que pueden dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
 - f) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, lo que puede obligar a la realización de una nueva osteosíntesis en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo.
 - g) Pueden producirse diferentes complicaciones de índole técnico que imposibiliten o desaconsejen la extracción de parte o de la totalidad del material implantado.
 - h) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
 - i) Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
 - j) Síndrome compartimental.
 - k) En determinados casos puede ser necesaria la transfusión de sangre.

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,

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Médico
Nº Colegiado _____

Fdo.: El Paciente

REVOCACIÓN

D./DÑA: _____, de _____ años de edad con domicilio en _____ .y DNI Nº _____

D./DÑA: _____, de _____ años de edad con domicilio en _____ .y DNI Nº _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)
(Nombre y dos apellidos del paciente)
En calidad 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
D.N.I. _____