

Artrolisis

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 _____ .de _____ .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

QUE EL DOCTOR/A _____(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS

1. El propósito principal de la intervención es la recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en liberar las adherencias que restringen la movilidad y modificar o alargar las estructuras óseas, tendinosas, capsulares o musculares que puedan influir en esta limitación. En ocasiones puede realizarse manipulación bajo anestesia. Si no es suficiente, se puede proseguir con una liberación articular mediante artroscopia. Si con ésta no fuera suficiente, se requiere la apertura de la articulación y la liberación de las adherencias a cielo abierto.
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, etc.) 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 QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS, pueden ser:
 - a. Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
 - b. Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación.
 - c. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
 - d. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
 - e. Hematomas de zonas adyacentes.
 - f. Distrofia simpático-refleja.
 - g. Miositis osificantes.
 - h. Problemas de cicatrización cutáneos, ya que al recuperar la movilidad articular, la zona cutánea que estaba contraída se ve sometida a tensión.
 - i. Recurrencia de la rigidez que requiera nuevas intervenciones.
 - j. Síndrome compartimental.
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 LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS.

En _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de 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 _____

en calidad de _____ .de _____ .
(Representante legal, familiar o allegado) (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 _____ . (LUGAR Y FECHA)

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

Fdo.: El Paciente