

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA DE PRÓTESIS ARTICULAR DEL MIEMBRO INFERIOR.

Ciudad y fecha:.....,/...../20.....-

1. Yo,....., con diagnóstico presuntivo de , habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.....** ,y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como....., cuyo alcance y objetivo es....., y que se realizará en.....-

2. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
- Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de Cirugía de colocación de prótesis articular, o su reemplazo, son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes: fístulas, rotura, luxación o infección del material protésico, enfermedad tromboembólica que en alguna ocasión puede propagarse al tejido pulmonar (embolismo pulmonar), lesiones de vasos y/o nervios adyacentes (ciático, obturador o crural), parestesia o parestesias, dolor neurítico persistente, inflamación, decoloración de la piel, hematoma (acumulación de sangre), seroma (acumulación de líquidos), tejido cicatrizal anormal (cicatrización hipertrófica o queloides), infección, absceso de herida, hiperpigmentación, hemorragias, rigidez articular.
- Para el supuesto de presentarse una infección que compromete el material protésico, se me ha aclarado lo siguiente: que la misma puede ser superficial, pudiéndose resolver con limpieza local y antibióticos; o bien que puede resultar profunda, lo que habitualmente requiere de la remoción del implante, existiendo la posibilidad de colocación de una nueva prótesis (en uno o dos tiempos quirúrgicos). Dicha complicación puede ocurrir varios años después de implantada la prótesis. Estoy en conocimiento que no debo recibir inyecciones glúteas del lado del miembro operado, así como informar a mi médico previamente a cualquier proceso de intervención o manipulación dental, a partir de la cual pudiera diseminarse una infección por la sangre.
- Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación, y su adaptación puede tener como consecuencia alargamiento o acortamiento de la longitud del miembro. Se da prioridad a la estabilidad protésica en eventual detrimento de la igualdad de longitud de los miembros.
- La colocación de prótesis no es un procedimiento definitivo, ya que con el uso se produce un desgaste de sus componentes que conduce a un aflojamiento de la misma, lo que puede implicar la necesidad de recambio.-

3. Conozco que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndose los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

4. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésico, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

5. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a

la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

6. Se me ha informado que existen tratamientos alternativos al quirúrgico, como ser: rehabilitación kinesiológica, administración de analgésicos, infiltraciones. Sin embargo se me ha explicado, y acepto, que dado mi estado actual y la impotencia funcional que padezco, lo mas apropiado es la realización de la cirugía descrita, aun con los riesgos que la misma conlleva, toda vez que de no acceder a la misma corro alto riesgo de continuar padeciendo los síntomas que hoy me aquejan, e incluso su agravamiento.

7. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

9. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....-

10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

11. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

12. Se leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Documento:.....

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concorro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono:Teléfono:

Domicilio:Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: