

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HALLUX VALGUS



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	La intervención consiste en la corrección de las deformidades a nivel del primer radio del pie con reanulación de este y eliminación de la prominencia ósea de la cara interna del primer metatarsiano.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	El propósito principal consiste en lo posible la deformidad de los dedos, prevenir los dolores y la aparición de otras deformidades.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Para corregir esta deformidad se puede actuar sobre las partes blandas (cápsulas y tendones). A su vez estas intervenciones se pueden realizar por vía convencional o por medio de mini incisiones. Si el paciente no desea cirugía se puede intentar la colocación de férulas correctoras aunque de escasa efectividad.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Tras la cirugía es previsible que mejore la estética del pie, así como los dolores y la biomecánica. Mejora también la marcha del paciente.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Si no se realiza cirugía es esperable que aumenten las deformidades y las molestias continúen agravandose.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica: Hematomas Contractura de la primera membrana interdigital Limitación del movimiento de la articulación Sangrado postoperatorio Acortamiento del primer dedo A veces quedan molestias residuales que pueden requerir tratamiento ortopédico y en algunas ocasiones una segunda intervención.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Recidiva de la deformidad, Primer dedo en garra, Adormecimiento del primer dedo por lesión de los nervios digitales. Neuromas de nervios digitales. Necrosis de los bordes de la herida. Infección de la herida quirúrgica. Necrosis avascular de la cabeza del primer metatarsiano. Fractura del metatarsiano. Algodistrofia simpatico-refleja. Trombosis venosa profunda y eventualmente tromboembolismo pulmonar.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HALLUS VALGUS

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO