

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CANAL ESTRECHO CERVICAL/DORSAL/LUMBAR

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nº DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Antes de firmar el presente Consentimiento Informado debe conocer, sin omitir ninguna pregunta con el médico actuante, los motivos, características, alternativas y complicaciones del procedimiento que se le ha indicado. Asimismo, de no desear recibir esta información el formulario queda en blanco y se deberá firmar haciendo la debida aclaración o puede autorizar en este acto a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ a recibir información y a decidir sobre el procedimiento propuesto.-----

Estado de Salud/diagnóstico (indique lateralidad/nivel/sitio de corresponder): \_\_\_\_\_

**Procedimiento propuesto y cómo se llevará a cabo:** Se llevará a cabo una intervención quirúrgica para tratar la estrechez del canal cervical, dorsal o lumbar.

LAMINECTOMIA: consiste en realizar un abordaje anterior o posterior al canal espinal realizando una o múltiples laminectomías liberando la compresión.

LAMINECTOMIA + INSTRUMENTACION: consiste en realizar un abordaje anterior o posterior y luego instrumentación de la columna vertebral con la finalidad de preservar la estabilidad de la misma.

**Beneficios razonables esperados del procedimiento:** El objetivo de la operación es tratar de general una liberación de los componentes nerviosos y una recalibración del canal espinal, con el objetivo de mejorar la sintomatología motora y/o sensitiva si existe. Esto puede lograrse total o parcialmente dependiendo de la localización, tamaño y naturaleza de la compresión y el estado preoperatorio del paciente. La cirugía no asegura el alivio completo y permanente de los síntomas motores o sensitivos. Tampoco aseguran que no queden trastornos deficitarios motores y/o sensitivos tras la cirugía que impliquen una secuela permanente o transitoria.

**Profesional tratante:** \_\_\_\_\_

Toda intervención, tanto por la propia técnica, 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 hacer variar la técnica programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos o re intervenciones, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. De ocurrir una complicación, debe saber que todos los medios técnicos y recursos humanos de este Hospital están disponibles para intentar solucionarla. Dichas complicaciones que pueden ser durante, inmediatamente después o alejadas del procedimiento incluyen las relacionadas con la anestesia, sangrados, infecciones, adherencias, cicatrices, trombosis de aparición más o menos frecuente, entre otras, según el procedimiento a efectuar y según se lo explica el médico en este acto. De corresponder, el profesional le informará el tipo de anestesia a utilizar y sus riesgos serán explicitados en el consentimiento de anestesia /sedación. -----

**Riesgos, molestias, problemas relacionados con la recuperación y efectos adversos previsibles del procedimiento propuesto:** Debe saber que cualquiera de estas intervenciones resultan riesgosas. También la anestesia y los cuidados en la UCI son muy complejos. Pueden haber complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO, HEMORRAGIA, INFECCION) y con la manipulación de la medula o raíces nerviosas (PARAPARESIA, PARAPLEJIA, HIPO/ANESTESIA, ESFINTERES NEUROGENICOS), de las arterias (ISQUEMIA MEDULAR). Cualquiera de estas complicaciones pueden llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos. Otras complicaciones no están relacionadas directamente con la intervención (INFECCION PULMONAR, TROMBOSIS VENOSA, EMBOLISMO, HIPONATREMIA, ANEMIA, HEMORRAGIA DIGESTIVA, ETC). Aunque el resultado final y las complicaciones dependen del estado del paciente y de la agresividad de la cirugía realizada, sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria llega al 1%. Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se asume. La alternativa del tratamiento propuesto supone mantener el tratamiento actual.

**Riesgos personalizados:** \_\_\_\_\_

El procedimiento elegido, y que aquí se explica y consiente, es de acuerdo al criterio del médico firmante, el más beneficioso para el paciente de acuerdo a los estándares internacionales al respecto. Este consentimiento lleva implícita la aceptación de todos los estudios, análisis o procedimientos que hagan a la práctica relatada más arriba entre los cuales se incluye la transfusión sanguínea o hemoderivados. El profesional tratante le informará si usted puede requerir sangre o hemocomponentes. En caso afirmativo deberá dirigirse al Servicio de Hemoterapia.-----

**Procedimientos alternativos (beneficios y riesgos):** \_\_\_\_\_

**Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto son:** \_\_\_\_\_ Dejo constancia que se me ha informado que es probable que personal de salud en formación puedan participar en el proceso de atención. El Hospital Santa Isabel de Hungría se constituye en depositario del presente consentimiento el cual forma parte de su Historia Clínica. He sido informado que el presente consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento previa a la realización del procedimiento. He tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones que he considerado necesarios según mi propia capacidad de comprensión. Asimismo soy informado y acepto que se podrá utilizar mi información sanitaria para cuestiones relacionadas con el ámbito de la salud, garantizando el Hospital Santa Isabel de Hungría que se tomarán todos los recaudos tendientes a mantener la confidencialidad de dicha información, como lo establece la ley 25.326. Todos los claros han sido completados antes de mi firma.-

**CONSENTIMIENTO:** YO \_\_\_\_\_ DOY MI CONSENTIMIENTO de acuerdo a la Ley N°26529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales y e Instituciones de Salud PARA QUE ME SEA EFECTUADO EL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_\_, SE ME HA FACILITADO ESTA HOJA INFORMATIVA, HABIENDO COMPRENDIDO EL SIGNIFICADO DEL PROCEDIMIENTO, Y LOS RIESGOS INHERENTES AL MISMO. Y DECLARO ESTAR DEBIDAMENTE INFORMADO/A. HABIENDO TENIDO OPORTUNIDAD DE ACLARAR MIS DUDAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y EVENTUALES ALTERNATIVAS EN ENTREVISTA PERSONAL CON EL PROFESIONAL TRATANTE .ASIMISMO HE RECIBIDO RESPUESTA A TODAS MIS PREGUNTAS, HABIENDO TOMADO LA DECISIÓN DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA. DEJO CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADA/O QUE EL CONSENTIMIENTO QUE HE PRESTADO A LA PRÁCTICA PROPUESTA PUEDE SER REVOCADO A MI LIBRE VOLUNTAD. MENDOZA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_

FIRMA, ACLARACIÓN, Y Nº DOCUMENTO: PACIENTE o REPRESENTANTE

TESTIGO

MÉDICO (Sello)

**REVOCACIÓN / RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (tachar lo que no corresponda)**

En la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ yo \_\_\_\_\_ revoco el presente consentimiento/rechazo tratamiento propuesto, habiendo sido informado debidamente por el médico tratante de las consecuencias médicas de la no realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias de la decisión que he tomado.-----

FIRMA, ACLARACIÓN, Y Nº DOCUMENTO: PACIENTE o REPRESENTANTE

TESTIGO

MÉDICO (Sello)