

## CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE FRACTURAS VERTEBRALES

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 intenta la reducción quirúrgica de la fractura o lesión con el propósito de conseguir así un resultado lo más próximo posible a la anatomía normal. Se busca también evitar lesiones de la médula espinal que pueden producir disminución de la fuerza, alteración de la función de órganos (por Ej. pérdida de control de esfínteres), alteraciones sensitivas o lesiones motoras (paraplejía, tetraplejas, etc.) así como una deformidad permanente en la forma de la columna que a medio o largo plazo podría causar dolor, inestabilidad y artrosis precoz. En los casos con lesión medular previa puede estar indicada para estabilizar la columna y facilitar la movilización del paciente aunque no mejore dicha lesión medular. Se intenta la reducción quirúrgica de la fractura o lesión, y la unión de sus fragmentos mediante dispositivos metálicos.

**Beneficios razonables esperados del procedimiento:** \_\_\_\_\_

**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:** Trombosis de las venas de las piernas, que en ocasiones se pueden complicar con embolia pulmonar. Íleo paralítico (parálisis de los movimientos intestinales). Lesiones neurológicas irreversibles por afectación de estructuras en relación con la médula espinal, con posibilidad de parálisis de una o varias extremidades o grupos musculares, pérdida de sensibilidad, pérdida del control de esfínteres o impotencia. Infección de la herida quirúrgica o cicatriz de la intervención. Lesión de estructuras vecinas a la fractura (vasos que pueden llevar hasta la muerte, nervios que pueden derivar en parálisis transitorias o permanentes). Dolor residual. Inestabilidades de columna con posibilidad de afectación o daño neurológico por compromiso medular. A medio-largo plazo puede fallar el implante por infección, desgaste o rotura, lo que puede hacer necesaria la retirada del mismo en una nueva intervención quirúrgica.-----

**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 CIRUGÍA DE FRACTURAS VERTEBRALES, 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)

