

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL



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: La intervención consiste en la fusión vertebral mediante una instrumentación de Columna (implantes metálicos como barras y tornillos) y aporte de injerto óseo procedente de las propias vértebras y, en su caso, de las crestas ilíacas propias, de cadáver o biológico. Su objetivo es aliviar el dolor y mejorar la función alterada por la enfermedad o alteración vertebral. La intervención requiere la separación de músculos y la extirpación de diferentes estructuras ligamentosas o discales, así como de superficies o elementos óseos y produce dolor variable en la zona operada que tiende a mejorar con el tiempo. Tras la intervención puede precisar reposo en cama durante un tiempo variable, así como el uso posterior de un corsé y limitación de la actividad. La intervención precisa de Anestesia que será valorada por el Servicio de Anestesiología.

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: Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte. - Infección de la herida quirúrgica superficial o profunda. - Rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo. - Lesión medular o de raíces nerviosas con secuelas neurológicas motoras (parálisis o disminución de fuerza), sensitivas (pérdida o alteración de la sensibilidad), pérdida de control de esfínteres o impotencia.- Lesiones vasculares. Hematomas.- Parálisis intestinal (Íleo paralítico), infección pulmonar, infección urinaria.- Pseudoartrosis (no consecución de la artrodesis), rotura del material implantado.- Contracturas musculares. Dolor local permanente. - En el caso de utilizar injerto óseo de cadáver, posible transmisión de las enfermedades virales que pudiera padecer el donante.

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 INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL, 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)