

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, Sr./Sra. _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica N° _____ DNI N° _____

con domicilio en _____

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr./Sra. _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en _____

DNI N° _____ en calidad de _____ del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____

N° de Colegiado _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. El propósito principal de la intervención consiste en eliminar una parte o la totalidad de la extremidad que, debido a la gravedad de sus lesiones, no puede ser reconstruida satisfactoriamente.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en la resección del segmento enfermo de la extremidad y en la creación de un muñón que pueda recibir en un futuro una prótesis.

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica de AMPUTACIÓN (ANTEBRAZO, BRAZO, PIERNA, PIE...) pueden ser:

- Hematoma.
- Dehiscencia de la herida.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Infecciones superficiales o profundas.
- Necrosis de los colgajos cutáneos o musculares que exijan una nueva amputación a un nivel más elevado.
- Neuromas.
- Síndrome del miembro fantasma: el paciente puede sentir que la parte amputada todavía existe; esta sensación precisa tratamiento farmacológico que, en ocasiones, puede mantenerse indefinidamente.

- i) Distrofia simpático-refleja.
- j) Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, contracturas y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- k) Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.
- l) Sobrecrecimiento terminal.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO
No existen.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán tomar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD:**

.....
.....
En a de de

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

TESTIGO

Yo, Sr./Sra. _____
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI N° _____ declaro bajo mi responsabilidad que el paciente Sr./Sra. _____
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información que le ha entregado el Dr./Dra. _____
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD:**

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr./Sra. _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, Sr./Sra. _____
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, Sr./Sra. _____
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha: _____ y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que con esta fecha por finalizado.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO