

CONSENTIMENT INFORMAT PEL TRACTAMENT DE FRACTURA DE L'EXTREM PROXIMAL DEL FÈMUR

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que poden ocórrer. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi-ho atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin.

DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

El propòsit principal de la intervenció és restablir en tant que sigui possible l'anatomia i funció del fèmur proximal i del maluc, a fi de controlar el dolor, aconseguir la consolidació òssia i permetre la recuperació funcional de l'extremitat.

La intervenció pot precisar anestèsia, que serà valorada pel servei d'anestèsia.

La intervenció consisteix en la reducció quirúrgica de la fractura i la seva estabilització mitjançant dispositius metàl·lics. o bé la implantació d'una pròtesi parcial o total de maluc (segons el criteri mèdic) que el seu metge li explicarà

Tota intervenció quirúrgica tant per la pròpia tècnica operatòria, com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...) porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com a quirúrgics, així com un mínim percentatge de mortalitat.

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podrà variar la tècnica quirúrgica programada.

RISCOS GENERALS I ESPECÍFICS DEL PROCEDIMENT

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per a TRACTAMENT DE LES FRACTURES DE FÈMUR PROXIMAL, poden ser:

- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Lesió vascular.
- Lesió o afectació d'algun tronc nerviós que pogués causar temporal o definitivament trastorns sensitius o motors.
- Trencament o esclat de l'os que es manipula durant la intervenció.
- Afluixament o trencament del material implantat.
- Flebitis o tromboflebitis que podria donar lloc a embolisme pulmonar i mort.
- Embòlia grassa.
- Rigidesa o limitació funcional articular.
- Retard o fracàs de la consolidació òssia que pogués requerir noves intervencions.
- Dolor residual.
- Necrosis cutànies.
 - Escurçament allargament o defectes de rotació del membre intervingut.
 - Empitjorament de malalties prèvies que podrien originar pèrdues funcionals i en casos extrems la mort
- Complicacions de l'estat general com a conseqüència de l'edat i que poden originar la mort.

RISCOS PERSONALITZATS I ALTRES CIRCUMSTÀNCIES:

A més dels riscos descrits anteriorment, per les meues circumstàncies especials (mèdiques o d'un altre tipus) cal esperar els següents riscos:

CONSEQÜÈNCIES DE LA CIRURGIA:

Durant uns dies podria precisar repòs amb el membre intervingut en alt i a criteri del seu metge en descàrrega de l'extremitat (sense posar pes a sobre de l'extremitat) Igualment rebrà instruccions dels exercicis de rehabilitació a realitzar.

Inicialment presentarà pèrdua de forces que recuperarà gradualment a mesura que vagi exercitant l'extremitat.

Sr./Sra: amb DNI:

DECLARO: Que he estat informat amb antel.lació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment (FRACTURA DE L'EXTREM PROXIMAL DEL FÈMUR) que se'm realitzarà, així com dels seus riscos i complicacions.

Que conec i assumeixo els riscos i/o seqüeles que poguessin produir-se per l'acte quirúrgic pròpiament dit, per la localització de la lesió o per complicacions de la intervenció, malgrat que els metges posin tots els mitjans al seu abast.

Que he llegit i comprès aquest escrit. Estic satisfet amb la informació rebuda, he formulat totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.

Que se m'ha informat de la possibilitat d'utilitzar el procediment en un projecte docent o d'investigació sense que comporti risc addicional sobre la meva salut, i que per tant pot ser documentat de forma gràfica i/o audiovisual respectant el meu anonimat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara dono, amb només comunicar-ho a l'equip mèdic.

I en aquestes condicions:

DONO EL MEU CONSENTIMENT

NO CONSENTEIXO

que se'm realitzi la FRACTURA DE L'EXTREM PROXIMAL DEL FÈMUR

Signatura del metge que informa

Signatura

Dr./Dra.:

Col·legiat núm.....

Data:

Sr./Sra:

Data:

REPRESENTANT LEGAL

Sr./Sra:..... amb

DNI:.....

en qualitat de a causa de.....

dóno el meu consentiment al fet que se li realitzi el procediment proposat.

Signatura del representant

Data:

REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT:

Sr./Sra:....., amb

DNI:.....

REVOCO el consentiment anteriorment donat per a la realització d'aquest procediment per voluntat pròpia, i assumeixo les conseqüències derivades d'això en l'evolució de la malaltia que pateixo / que pateix el pacient.

Signatura

Signatura del representant

Data