

CONSENTIMENT INFORMAT PER AI TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LES MALALTIES DEL PEU

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 corregir les deformitats dels dits del peu i evitar els recolzaments metatarsals.

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

La intervenció consisteix en alinear els dits del peu, per a això pot ser precis ressecar parts òssies, seccionar tendons i unir petites articulacions dels dits. També es poden modificar els metatarsians mitjançant reseccions òssies. Pot ser precisa la subjecció temporal dels dits o els metatarsians amb agulles.

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 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 MALALTIA DEL PEU, poden ser:

- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Poden lesionar-se estructures vasculonervioses dels dits, amb la qual cosa pot produir-se una necrosi del dit i ser precisa una amputació, o quedar una hipoestèsia en un àrea del dit.
- Recurrència de la deformitat que requereixi una nova intervenció.
- Si la resecció òssia requerida és considerable, pot deixar un dit penjant.
- Les agulles de Kirschner poden trencar-se, migrar o presentar infeccions en el seu trajecte.
- A vegades no s'aconsegueix la fusió de l'articulació, amb el que si aquesta és dolorosa, pot requerir-se una reintervenció.
- Edema postoperatori en els dits que pot tardar mesos a cedir.
- Problemes de cicatrització cutània.
- Cicatrius doloroses.
- Dolor en altres àrees metatarsals per transferència de càrregues en intervencions sobre els metatarsians.
- Pseudoartrosis dels metatarsians que pot requerir una reintervenció.
- Distròfia simpàtico-reflexe o dolor regional complexe
- Trombosi venosa i tromboflebitis de l'extremitat.

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:

Sr./Sra: amb DNI:

DECLARO: Que he estat informat amb antel.lació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment (TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LES MALALTIES DEL PEU) 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 TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LES MALALTIES DEL PEU

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