

Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento:/...../.....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo NO DESEAR recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie NO DESEO SER INFORMADO (*Tildar aquí si el paciente no desea ser informado*):
2. O puedo autorizar a:, número de DNI / PASAPORTE a RECIBIR INFORMACIÓN y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

II. PROCEDIMIENTO

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES CAPSULO-LIGAMENTARIAS DE LOS DEDOS DE LA MANO consiste en la sutura directa de los ligamentos dañados o su sustitución por diferentes tipos de injertos tendinosos en los casos de inestabilidad crónica.

1. Mi intervención quirúrgica en la institución implicará como beneficio, suturar los extremos de los ligamentos dañados en los casos agudos; en los casos crónicos.
2. Mi cirugía tiene ciertos riesgos asociados a la misma, entre los que se encuentran: a) Infección de la herida operatoria; b) Sangrado excesivo intraoperatorio el cual requiera transfusión de sangre; c) Peritonitis; d) Cefalea post anestesia; e) Seromas y hematomas; f) Pérdida de fijación, que puede romper el material de fijación; g) Lesión de los vasos de la extremidad; h) Lesión de los nervios de la extremidad; i) Pérdida de movilidad de la articulación; j) Recidiva de la inestabilidad o inestabilidad residual; k) Retardo o ausencia de consolidación ósea; l) Penetración de clavos o tornillos en la articulación; m) Reacción alérgica / toxicidad debida al material implantado; n) Irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea); o) Inclusive el fallecimiento.
3. He recibido información acerca de que existe otra alternativa que es tratar mediante ortesis, férulas o diferentes tipos de inmovilización de los dedos de la mano.
4. En caso de rechazar el procedimiento existe la posibilidad que la enfermedad no se logre tratar,

Código del documento: SLL-QUI-FOR-163-002

Fecha de próxima revisión: 24/11/2024

Que este documento este impreso constituye una copia no controlada la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.



Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



potencial de muerte o lesiones neurológicas, cardíacas, respiratorias o de otros órganos, transitorias o permanentes. Todo proceder anestésico entraña un riesgo inherente a la técnica. Este riesgo puede verse aumentado en función del procedimiento al que será sometido, de las circunstancias que concurran en Ud. (edad, hábitos tóxicos, patología actual y asociada, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación que recibe, estado previo a la anestesia, etc.) y de las eventuales complicaciones que pueden surgir, inclusive el fallecimiento.

INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Manifiesto haber comunicado a mi médico en caso de tomar medicación alguna o que alteren la coagulación, alergias a fármacos, alimentos o materiales (por ejemplo, al látex). Declaro haber respetado el ayuno indicado previo al procedimiento. He manifestado a mi médico en caso de ser fumador asiduo. Estoy en conocimiento que, de ser posible, debo acudir acompañado y no podré conducir o tomar decisiones legales hasta 24hs posteriores al procedimiento, según el tipo de anestesia realizada.

ANESTESIA A RECIBIR (debe ser llenado por el médico anesthesiólogo)

Para dicho procedimiento/tratamiento se me aplicará el siguiente plan de anestesia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> General inhalatoria | <input type="checkbox"/> Epidural |
| <input type="checkbox"/> General balanceada | <input type="checkbox"/> Bloqueo periférico |
| <input type="checkbox"/> General intravenosa | <input type="checkbox"/> Sedación |
| <input type="checkbox"/> Raquídea | <input type="checkbox"/> Local |

IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal, otorgo en forma libre mi consentimiento al Médico a Cargo para que, en ejercicio legal de su profesión, así como los demás profesionales de la salud que se requieran y del personal auxiliar de servicios asistenciales del Sanatorio Las Lomas, se me practique(n) la(s) intervención(es) quirúrgica(s), procedimiento(s) médico(s) arriba mencionado(s) y colocación de anestesia. Autorizo, para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales en el punto II y III, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento médico llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del Médico a Cargo los haga aconsejables.

Declaro que he sido advertido que la práctica de la intervención quirúrgica y anestésica que requiero, no son ciencias exactas y reconozco que no se me garantiza ni asegura sobre el resultado de este procedimiento, liberando de responsabilidad al Equipo Médico, profesionales tratantes y al Sanatorio Las Lomas.

Declaro haber manifestado cualquier condición especial, embarazo o enfermedad, que, pudiera contraindicar este tipo de intervención(es).

Acepto que se me coloquen sueros, inyectables, sondas o catéteres sabiendo que su uso puede provocarme alguna molestia o dolor, complicaciones locales (irritación, equimosis, abscesos localizados, hematomas, entre otras).

He sido informado y acepto que, en la adopción de medidas de seguridad y control de calidad, la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), que monitorea y graba diversas áreas, pasillos, halls centrales, quirófano, al cual sólo tiene acceso personal autorizado. Acepto que ciertos y determinados datos de mi Historia clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución, que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Acepto la admisión de observadores en el ámbito de mi internación, preservando la confidencialidad.

Declaro haber sido informado que el acto quirúrgico puede ser filmado con fines de calidad y seguridad preservando en todo momento, mi intimidad y confidencialidad.

El presente consentimiento ha sido leído y comprendido por mi persona en su integridad, por lo que doy mi pleno consentimiento.



Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma de representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

Firma de profesional de Anestesiología:

Aclaración:

Matrícula:

() En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*



Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Revocación (anulación) Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado el Consentimiento Informado Tratamiento quirúrgico de las lesiones capsulo-ligamentarias de los dedos de la mano.
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma de representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

(* En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.

