

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA Y/O REPARACIÓN / REGULARIZACIÓN MENISCAL

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.
en calidad de. (*Representante legal, familiar o allegado*) de:
..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

DECLARO

Que el Dr:
(nombre y apellidos del médico que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **ARTROSCOPIA DE RODILLA**

1. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a esta articulación.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en introducir dentro de la articulación de la rodilla una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión (que se denominan portales). Con ello se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.
La indicación de esta técnica la realiza su cirujano pero es un procedimiento que puede emplearse en el tratamiento de lesiones de los meniscos, ligamentos, extracción de cuerpos libres, control de fracturas, sinovectomía, liberación de adherencias, etc. Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.
4. 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, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para **ARTROSCOPIA DE RODILLA**, pueden ser entre otras:

- a. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- b. Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- c. Hemorragia
- d. Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- e. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- f. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- g. Hematomas de zonas adyacentes.
- h. Distrofia simpático-refleja.
- i. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- j. Síndrome compartimental.
- k. Fallos y roturas del material empleado.
- l. Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
- m. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....
.....

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **ARTROSCOPIA DE RODILLA Y/O REPARACIÓN /
REGULARIZACION MENISCAL**

En(Lugar y fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

REVOCACIÓN

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....
en calidad de. (*Representante legal, familiar o allegado*) de:
..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

Revoco el consentimiento prestado en fecha., y no deseo proseguir el tratamiento,
que doy con esta fecha por finalizado.

En.(Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

