

**CONSENTIMIENTO PARA AMPUTACIÓN DE MIEMBROS.**

Ciudad y Fecha: ...../...../20.....

**1.** Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos la patología diagnosticada, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del procedimiento propuesto, autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar la amputación....., que se llevara a cabo en .....

**2.** Se me ha explicado que la amputación consiste en la resección definitiva de la totalidad o una parte de una extremidad que presenta pérdida de su vitalidad (provocada por déficit de su circulación, traumatismo, cuadro infeccioso, etc). También se me ha explicitado que la amputación no es curativa ni detiene mi enfermedad de base, pero que de no consentir la misma corro un alto riesgo de desarrollar un cuadro séptico, gangrena del miembro afectado, SIRS (síndrome de respuesta inflamatorio sistémica), y finalmente la muerte.

**3.** Se me ha informado que NO existen alternativas terapéuticas para tratar el cuadro/afección que presento.

**4.** Se me ha explicitado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse por la cirugía de amputación son las propias de toda intervención quirúrgica, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: hematoma, infección, dehiscencia (apertura) de la herida, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, necrosis de los colgajos cutáneos o musculares lo que puede exigir una nueva amputación a nivel más elevado, neuromas, miembro fantasma (sentir que la parte amputada todavía existe).-

**5.** Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o medidas terapéuticas que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

**6.** Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

**7.** Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

**8.** Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

**9.** Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular. Manifiesto ser alérgico a:.....-

**10.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

**11.** Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

**12.** He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....