

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA ARTROSCOPICA.

Ciudad y fecha:/...../20.....

1. Yo,....., con diagnóstico presuntivo de , habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a**.....,y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como ARTROSCOPIA de , cuyo alcance y objetivo es....., y que se realizará en.....
2. La intervención enunciada precedentemente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo los alcances de dicha intervención y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento mencionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 2.1. Se me ha informado que la artroscopia es un método mediante el cual es posible abordar las cavidades articulares y tener una visión directa de las mismas. Para su realización, se utiliza un instrumento óptico llamado artroscopio, se dilata la articulación con diferentes soluciones líquidas y se introducen a través de pequeñas incisiones instrumentos que permiten el tratamiento de diversas patologías.
 - 2.2. Que en el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
 - 2.3. Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de Cirugía de colocación de prótesis articular, o su reemplazo, son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, tejido cicatrizal anormal, infección, hiperpigmentación, hemorragias, fístulas.
 - 2.4. Se me ha aclarado que en algunos casos resulta imposible continuar la intervención por vía endoscópica, y el cirujano deberá continuar la operación en forma convencional.
3. 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 intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndolo 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.
4. 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.-
5. 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.

- 6.** Estoy en conocimiento de que existen tratamientos alternativos al quirúrgico, como ser la rehabilitación kinesiológica, la administración de analgésicos, infiltraciones, etc. Sin embargo se me ha explicado, y acepto, que dado mi estado actual y la impotencia funcional que padezco, lo mas apropiado es la realización de la cirugía descrita, aun con los riesgos que la misma conlleva, toda vez que de no acceder a la misma corro alto riesgo de continuar padeciendo los síntomas que hoy me aquejan, e incluso su agravamiento.
- 7.** 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.
- 8.** 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.
- 9.** Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. 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:

