

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo, a llevar a cabo la intervención quirúrgica conocida como **artroscopia** de \_\_\_\_\_ la cual se realizará en esta institución.
- 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.
- 3) 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. Se me ha aclarado que:
  - a) Que en el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - b) 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.
  - c) 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.
- 4) 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. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 5) 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 en su totalidad.
- 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 más apropiado es la realización de la cirugía descripta, aun con los riesgos que la misma conlleva, toda vez que de no acceder a la misma corro alto riesgo de continuar padeciendo o agravar los síntomas que hoy me aquejan.

- 7) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 8) 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 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/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.
- 9) 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.
- 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 o 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) 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, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

## **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

### **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 en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_