

CONSENTIMIENTO PARA AMPUTACIÓN DE MIEMBROS.

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

1. Yo (poner nombre completo del paciente), luego de habérseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi afección, como así también las razones, alcances, características y consecuencias de la cirugía, por la presente autorizo al **Dr./Dra.**....., y a su equipo quirúrgico, 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 descriptas 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. Conozco 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 anestesta, y que en mi caso se utilizará anestesia.....-

Se me han informado además los riesgos y complicaciones propias del procedimiento anestésico elegido.

7. Se me ha informado que puedo retractar o revocar la conformidad, pero que ello debo comunicarlo por escrito al profesional arriba indicado antes de iniciarse el procedimiento quirúrgico. -----

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.-----

Firma del paciente:

Aclaración:.....

Documento:

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.

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio: