

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

Objetivos

Extirpar quistes articulares, tendinosos y ganglionares que son tumoraciones llenas de un contenido líquido o gelatinoso, que se encuentran en las proximidades de las articulaciones (habitualmente de la mano o del pie).

Características

La intervención consiste en el aislamiento del quiste o de la tumoración y su extirpación para intentar que desaparezca o disminuya la sintomatología dolorosa o compresiva que provoca, así como el diagnóstico del mismo. Su estudio permitirá tipificarlo en un proceso benigno o maligno.

La intervención precisa anestesia que puede ser local, regional o general dependiendo de donde se encuentre y de sus características.

Durante unos días precisaré de reposo con el miembro intervenido en alto y que en ocasiones será necesaria la inmovilización con una férula. Recibiré instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica, lleva implícitas riesgos de complicaciones como:

- Lesión de vasos de la zona
- Lesión de nervios que pueden ser causa de una disminución de la sensibilidad
- Trombosis
- Infección de la herida
- Cicatriz de la herida dolorosa
- Rigidez de las articulaciones
- Reparación o recidiva del quiste o de la tumoración

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento de **QUISTE SINOVIAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal