

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad: \_\_\_\_\_

Marcar con una X la articulación y su respectiva lateralidad (OBLIGATORIO)

|                |                          |         |                          |           |                          |       |                          |
|----------------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--------------------------|
| <b>HOMBRO</b>  | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |
| <b>CODO</b>    | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |
| <b>MUÑECA</b>  | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |
| <b>CEDERA</b>  | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |
| <b>RODILLA</b> | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOBILLO</b> | <input type="checkbox"/> | DERECHO | <input type="checkbox"/> | IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> | AMBOS | <input type="checkbox"/> |

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

**Objetivos**

El propósito de esta intervención consiste en examinar y eventualmente reparar, reemplazar, modificar, extraer o resecaer elementos anatómicos intra articulares lesionados, como pueden ser: meniscos, sinovial, cartílago u otros.

**Características**

Este es un procedimiento quirúrgico que, a través de pequeñas incisiones en la rodilla, permite introducir los elementos necesarios para el procedimiento.

Como todo procedimiento quirúrgico éste puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Así también, se me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el equipo de anestesia.

**Riesgos**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

1. Dolor en los portales artroscópicos.
2. Cicatrización excesiva.
3. Neuromas.
4. Derrame post operatorio.
5. Hemartrosis.
6. Insensibilidad alrededor de Rodilla.
7. Atrofia Muscular.
8. Pérdida de la Movilidad Articular.
9. Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar.
10. Infecciones Superficiales o Profundas.
11. Distrofia Simpática Refleja.
12. Dolor Articular Crónico sobretodo si existen lesiones cartilaginosas.

En el caso de una Menisectomía Artroscópica en pacientes mayores de 50 años podría desarrollarse una osteonecrosis de cóndilo femoral de causa mecánica, por sobrecarga de fuerzas.

Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo, las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico o kinésico, pero podrían llegar a requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto-

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ARTROSCÓPICA**.

---

Firma Médico

---

Firma Paciente

---

Firma Representante Legal