

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

MUÑECA DERECHA

MUÑECA IZQUIERDA

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende abrir la vaina común de los tendones del 1° compartimiento extensor de la muñeca, para lograr una liberación completa de ellos, que son la causa del dolor en este caso.

Características

El tratamiento consiste en la apertura del 1° compartimiento extensor de la muñeca, compuesto por los tendones extensor corto y abductor largo de pulgar, transformando el túnel en canal, con lo cual se libera la estenosis (estrechez) que existe en estos casos.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El médico 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

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área, disminución de movilidad articular, cicatriz hipertrófica.

Poco frecuentes y de mediana gravedad: Síndrome compartimental, distrofia simpático refleja, rigidez articular, calcificaciones en tejidos cercanos, necrosis cutánea, trombosis venosa, lesión neurovascular, reproducción de la estenosis.

Poco frecuentes y graves: Embolia pulmonar, embolia grasa, shock hipovolémico

Algunas de aquellas complicaciones, de presentarse, podrían eventualmente 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 **TENDOSINOVITIS DE QUERVAIN**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal