

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

RODILLA DERECHA RODILLA IZQUIERDA AMBAS RODILLAS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

El propósito principal de la intervención es la extirpación o regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de estabilidad que se produce al quedar atrapado parte del menisco entre el fémur y la tibia durante los movimientos de su articulación.

Características

La intervención artroscópica consiste en la introducción por punción, dentro de la articulación de la rodilla, un sistema de lentes conectados a una cámara, que permite la visualización de las estructuras intraarticulares.

Por otros accesos de características similares se introducen los instrumentos que permiten la extirpación y regularización de los meniscos u otras estructuras intraarticulares, lo que representa una gran ventaja comparativa con otras técnicas convencionales.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su análisis histopatológico).

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, es posible que puedan presentarse algunos efectos no deseados, tanto comunes a cualquier operación, como específicos de este procedimiento. Estos riesgos pueden verse aumentados si usted padece concomitantemente de algunas afecciones tales como diabetes, hipertensión u otras.

Algunas posibles complicaciones relacionadas directamente con la cirugía son:

- Derrame articular post operatorio
- Dolor articular residual
- Infecciones superficiales o profundas
- Lesiones neurovasculares en relación con lo que se denomina síndrome compartimental

Estas lesiones habitualmente se resuelven con tratamiento médico conservador.

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 **MENISCECTOMÍA ARTROSCÓPICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal