

Consentimiento Informado CIRUGÍA DEDOS EN MARTILLO

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

El propósito principal de la intervención consiste en corregir, en lo posible, la deformidad de los dedos y la aparición de otras deformidades como dedos en garra, hiperqueratosis (callosidades) y subluxaciones de articulaciones, mejorar la biomecánica e intentar la desaparición de los dolores.

Características

La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel de dedos del pie con realineación de los mismos. Esta corrección se puede hacer mediante técnica convencional o mediante técnica de mínima incisión, a través de pequeños orificios.

La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el un anestesista, siendo en general preferida la anestesia raquídea.

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícitas complicaciones comunes a cualquier procedimiento quirúrgico y otras propias de la operación:

- La reaparición de la deformidad del dedo
- Adormecimiento de la zona distal del dedo
- Neuromas de los nervios digitales
- Necrosis de los bordes de la herida
- Hematomas
- Limitaciones de la movilidad del dedo
- Infección de la herida operatoria

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios profesionales y técnicos están disponibles para intentar solucionarla.

A veces quedan molestias residuales que pueden requerir tratamiento ortopédico y/o médico y, en algunas ocasiones, una segunda intervención. Que de existir contraindicación quirúrgica como alternativa terapéutica usted podría utilizar plantillas u órtesis y zapatos especiales para evitar el dolor.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de 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 ellos 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.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA DEDOS EN MARTILLO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal