Consentimiento Informado
CIRUGÍA IMPLANTANCIÓN PRÓTESIS CADERA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos
El propósito principal de la operación es aliviar el dolor secundario a la artrosis y a la vez, mejorar la función articular.

Características
La intervención consiste en la implantación de una prótesis metálica para mantener la movilidad de la articulación de la cadera después de la extirpación de la cadera enferma. Esta operación se realiza con una instrumentación específica para tallar el hueso y recibir el implante.
La técnica está muy bien sistematizada y el sistema de fijación de la prótesis puede lograrse con o sin la utilización de cemento, dependiendo de las circunstancias de cada caso.
En principio será una anestesia general y el primer día del post operatorio deberé permanecer en la Unidad de Cuidados Intermedios para mi debido control y monitorización. Es muy probable que sea necesaria una transfusión de glóbulos rojos durante o inmediatamente después de la operación.
Es de mi responsabilidad informar a los médicos de mis alergias medicamentosas, así como de los medicamentos que tomo en forma habitual, en especial, aspirina o similares, antinflamatorios, antidepresivos, medicamentos para tratamiento de la diabetes o de hipertensión.

Riesgos
A pesar de la adecuada elección e indicación de la técnica quirúrgica y de su correcta realización, pueden presentarse algunos efectos no deseados durante la operación o en el postoperatorio, algunos comunes a cualquier operación y otros propios o específicos de esta técnica. Estos riesgos aumentan en el caso de que usted sufra de algunas enfermedades concomitantes como diabetes, hipertensión arterial, uso de marcapasos obesidad, edad muy avanzada.
Como complicaciones posibles propias de la operación cabe señalar:

- Hematoma superficial o profundo
- Formación de seromas
- Infección superficial o profunda
- Trombosis venosa y/o tromboembolismo
- Lesión de vasos o nervios
- Luxación de la prótesis
- Cambios de la longitud de la pierna operada
- Dolor residual
- Rigidez articular
- Aflojamiento o desgaste de los componentes que en algunos casos puede hacer necesario un recambio de la prótesis
- Confusión mental post operatoria

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 IMPLANTACIÓN PRÓTESIS DE CADERA.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal