

Consentimiento Informado CIRUGÍA IMPLANTACIÓN PRÓTESIS RODILLA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La operación destinada a aliviar su dolor y mejorar la función y la alineación articular se realiza con una instrumentación específica que permite tallar el hueso para poder recibir el implante.

Características

La intervención consiste en la implantación de una prótesis metálica para mantener la movilidad de la articulación de su rodilla después de la extirpación de las superficies articulares deterioradas.

La técnica de implantación de prótesis de rodilla es una operación muy sistematizada, que se realiza con éxito desde hace muchos años y que, efectuada por equipos experimentados, tiene un alto margen de éxito.

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 como:

- Hematoma superficial o profundo
- Seromas
- Dehiscencia o necrosis de bordes de la herida
- Limitación de la movilidad
- Infección superficial o profunda
- Luxación de la rótula o lesiones del tendón rotuliano
- Cambios en la longitud de la extremidad intervenida
- Dolor residual
- Aflojamiento o desgaste en el tiempo de los electos protésicos
- Cojera

En todo caso, de ocurrir una complicación usted debe tener la seguridad de que el equipo quirúrgico está capacitado para resolverla exitosamente y que la Clínica cuenta con los recursos tecnológicos para ello.

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 RODILLA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal