

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Los quistes articulares, tendinosos y ganglionares son tumoraciones llenas de un contenido líquido o gelatinoso, que se encuentran en las proximidades de las articulaciones (habitualmente de la mano o del pie).

La intervención consiste en el aislamiento del quiste o de la tumoración y su extirpación para intentar que desaparezca o disminuya la sintomatología dolorosa o compresiva que provoca, así como el diagnóstico del mismo. Su estudio permitirá tipificarlo en un proceso benigno o maligno.

Características

La intervención precisa anestesia que puede ser local, regional o general dependiendo de donde se encuentre y de sus características. Durante unos días precisaré de reposo con el miembro intervenido en alto y que en ocasiones será necesaria la inmovilización con una férula. Recibiré instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

Inicialmente se presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

Si del resultado del análisis de la pieza extirpada se obtiene como excepcional un diagnóstico de malignidad, pueden ser necesarios otros tratamientos

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica, lleva implícitas riesgos de complicaciones como:

- Lesión de vasos de la zona
- Lesión de nervios que pueden ser causa de una disminución de la sensibilidad
- Trombosis
- Infección de la herida
- Cicatriz de la herida dolorosa
- Rigidez de las articulaciones
- Reparación o recidiva del quiste o de la tumoración

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 QUISTE SINOVIAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal