

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</p> <p>Esta intervención consiste en introducir una cámara en el interior de la articulación de la rodilla, y el material necesario para realizar la técnica.</p> <p>Sirve para diagnosticar o confirmar un diagnóstico previo, y si es posible, tratar lesiones como roturas de menisco, quistes de menisco, lesiones de ligamentos, úlceras del cartílago, tejidos inflamados, cuerpos libres, tumoraciones, limpiezas articulares, etc.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA:</p> <p>Es una técnica poco agresiva que se realiza introduciendo, a través de una pequeña incisión, un sistema óptico (cámara) para la correcta visualización de las lesiones que existan dentro de la articulación. Otras incisiones similares sirven para introducir los instrumentos necesarios para explorar, tomar muestras o tratar de solucionar el problema (resección de tejidos, sutura, extracción de cuerpos libres, regularización de cartílago, perforaciones, etc.) que se encuentren durante la exploración.</p> <p>Ciertas lesiones diagnosticadas por este procedimiento necesitan programar una segunda artroscopia o una intervención por cirugía abierta para su tratamiento definitivo.</p> <p>La operación necesita anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.</p> <p>Dependiendo del tipo de operación, de la parte del cuerpo intervenida y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</p> <ul style="list-style-type: none">- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.- Durante unos días necesitará reposo con el miembro intervenido en alto y sin cargar peso en la pierna operada.- Al principio puede presentar pérdida de fuerza que recuperará a media que vaya ejercitando la extremidad.	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p> <ul style="list-style-type: none">- En confirmar el diagnóstico de su enfermedad.- Disminución del dolor, mejora de la estabilidad y la movilidad de la articulación.	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CLÍNICA
PAREJO & CAÑERO
HOSPITAL DE DÍA



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: Si usted decide no someterse a la intervención, como alternativa, puede: <ul style="list-style-type: none">- Continuar tratamiento sintomático, pero las lesiones pueden quedar sin diagnóstico definitivo y sus consecuencias (degeneración articular, dolor, bloqueos), quedarán sin tratamiento. Las lesiones dentro de la articulación (roturas meniscales, extracción de cuerpos libres, lesiones del cartílago), solo pueden resolverse con esta operación. En su caso:	
QUÉ RIESGOS TIENE Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. <ul style="list-style-type: none">- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.- Fractura del hueso que se manipula durante la intervención. <ul style="list-style-type: none">• LOS MÁS FRECUENTES:<ul style="list-style-type: none">- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.- Sinovitis: inflamación de la articulación con aumento de líquido en su interior, que puede necesitar punción para drenaje y prolongar el tiempo de reposo.• LOS MÁS GRAVES:<ul style="list-style-type: none">- Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel), o profunda (infección de la articulación). Si esto ocurre, se realizará tratamiento con antibióticos y se evaluará la necesidad de otros procedimiento (curas locales, limpieza de la herida en quirófano, ...). Esta complicación es excepcional en la cirugía artroscópica.	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA
PAREJO & CAÑERO
HOSPITAL DE DÍA**

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none">- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos. A veces es necesaria una segunda operación para frenar el sangrado.- Trombosis Venosa y Tromboembolismo Pulmonar: Formación de trombos en las venas de la extremidad provocando edema y dolor. Estos trombos pueden desprenderse y general complicaciones pulmonares agudas con consecuencias graves y riesgo de fallecimiento- Distrofia simpático-refleja: En las zonas próximas al sitio de una operación puede producirse una pérdida de movilidad en las articulaciones, descalcificación de los huesos, inflamación, dolor, alteraciones de temperatura, sensibilidad, coloración y sudoración. Esta situación puede incapacitarle y necesitar tratamiento médico y rehabilitador prolongado.- Síndrome compartimental: Aumento de presión dentro de algún grupo muscular que puede provocar lesiones de los vasos, de los nervios y alteraciones musculares irreversibles.- Lesión de nervios de la extremidad que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis. Esta lesión puede ser temporal o definitiva.- Lesión de un vaso sanguíneo principal de la extremidad que necesite intervenciones de cirugía vascular para su reparación. Si la lesión es irreparable puede requerir la amputación de la extremidad. <ul style="list-style-type: none">• LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</p> <p>Existen situaciones en las cuales la conveniencia de esta intervención puede ser dudosa o cuestionable:</p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermedad circulatoria grave.- Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.- Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores al a intervención.- Otras: Hay pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia. <p>Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.</p> <p>Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tuene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</p> 	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: <ul style="list-style-type: none">- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la mismo no contempladas inicialmente.- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CLÍNICA
PAREJO & CAÑERO
HOSPITAL DE DÍA



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA
PAREJO & CAÑERO
HOSPITAL DE DÍA**

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
--	----------------------------------

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ARTROSCOPIA DE RODILLA**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
--	----------------------------------

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

