

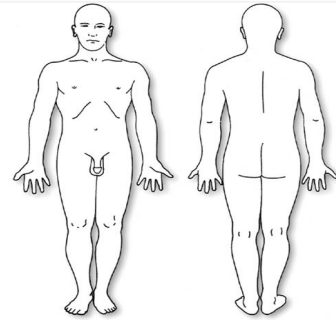
## CADERA EN RESORTE / TROCANTERITIS: LIBERACIÓN DE FASCIA LATA

DATOS DEL PACIENTE (O etiqueta identificativa)

NHC:

Nombre

Apellidos:



Marque la zona a intervenir

### EXPLICACIÓN SENCILLA DEL PROCEDIMIENTO

El dolor y el chasquido producidos en esta enfermedad se producen por el resalte de la fascia lata sobre el hueso trocánter mayor del fémur. La cirugía consiste en recortar la fascia lata en el punto de rozamiento para disminuir la sintomatología.

Debe conocer que toda intervención quirúrgica posee un margen de incertidumbre, que obliga al médico a decidir la actuación más adecuada en cada momento con independencia del acto médico inicialmente programado.

### CONSECUENCIAS SEGURAS

- Molestias o dolor propias de una cirugía y de la propia lesión.
- Cicatriz local que puede ser queloidea.
- Restricción temporal de la actividad física.

### DESCRIPCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN

**Riesgos típicos:** Hematoma extenso en la zona de la cirugía. No desaparición completa de la sintomatología.

**Riesgos poco frecuentes o excepcionales pero que se consideran graves:** Lesión vascular, lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos o motores, flebitis o tromboflebitis que pudiera dar lugar a embolismo pulmonar, embolia grasa, síndrome compartimental, necrosis cutáneas.

### Riesgos personalizados:

Necesidad de restricción de actividad deportiva habitualmente de forma temporal.  
No desaparición de la sintomatología.

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Fisioterapia. Liberación artroscópica de fascia lata



He comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas y habiendo recibido respuesta a todas mis preguntas y tomado la decisión de manera libre y voluntaria. Por lo que firmando el presente documento doy autorización para la realización de la cirugía indicada:

**Fecha y firma del progenitor,  
Representante legal o paciente**  
*(según proceda\*)*

**Fecha y firma del médico**  
(Nombre y nº colegiado)

\* En caso de **pacientes menores de edad**, según disponen los artículos 8,9 y 10 de la Ley 41/2002, del 14 de Noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica:

Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con **dieciséis años** cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

*Marcar según corresponda:*

- Denegación de consentimiento informado**
- Revocación de consentimiento informado**

*Fecha, firma, nombre y DNI de la persona que deniega / revoca el consentimiento.*