

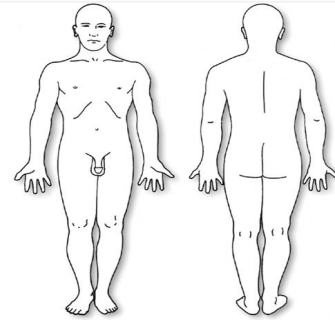
CIRUGÍA CORRECTORA DE LAS DEFORMIDADES ANGULARES MEDIANTE OSTEOTOMÍA

DATOS DEL PACIENTE (*O etiqueta identificativa*)

NHC:

Nombre

Apellidos:



Marque la zona a intervenir

EXPLICACIÓN SENCILLA DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en corregir la morfología del hueso mediante secciones óseas (osteotomías), a nivel del ápice de la deformidad ya sea proximal o distal, restituyendo su anatomía y alineación normal y manteniéndolo en su nueva situación mediante implantes metálicos (agujas, placas, tornillos o clavos). Puede ser necesaria la colocación temporal de yesos y/o ortesis postoperatorias.

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, incluso reposo en cama, enyesado y descarga.

DESCRIPCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN

Riesgos típicos: Infección de la herida quirúrgica, rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención, aflojamiento o rotura del material implantado, rigidez o limitación funcional articular, retraso o fracaso de la consolidación ósea que pudiera requerir nuevas intervenciones, dolor residual relacionado o no con el implante, Distrofia Simpático Refleja, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.

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

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

En caso de esqueleto inmaduro con cartílago de crecimiento (fisis) fértil se puede realizar un frenado fisario (epifisiodesis) temporal o definitiva en el lado contrario a la deformidad con el objetivo de que el crecimiento residual del lado no intervenido compense la misma.



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 tenida 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.