

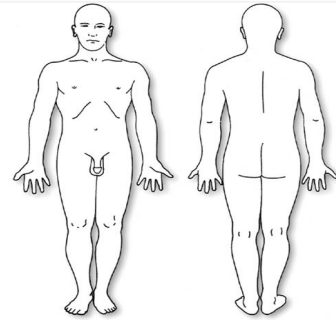
## RESECCIÓN OSÍCULO TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR (enfermedad de osgood schlatter)

DATOS DEL PACIENTE (O etiqueta identificativa)

NHC:

Nombre

Apellidos:



Marque la zona a intervenir

### EXPLICACIÓN SENCILLA DEL PROCEDIMIENTO

En ocasiones, pacientes que han presentado una enfermedad de Osgood Schlatter (ostecondritis de la tuberosidad tibial anterior) presentan a largo plazo una prominencia ósea (osículo u osteofito) que puede provocar dolor. La cirugía consiste en eliminar dicha prominencia. El osículo está adherido al tendón rotuliano, por lo que es necesario abrir dicho tendón para poder resecarlo, y a continuación suturar el tendón.

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

Dolor postoperatorio. Cicatrices que pueden resultar inestéticas. Tumefacción e inflamación articular. Rigidez articular habitualmente transitoria, que puede precisar rehabilitación. Restricción de actividad física temporal.

### DESCRIPCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN

**Riesgos típicos:** Rigidez articular. Dolor al apoyar la rodilla en el suelo por la cicatriz.

#### **Riesgos poco frecuentes o excepcionales pero que se consideran graves:**

Infección. Tromboembolismo venoso, trombosis venosa profunda. 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. Síndrome compartimental. Dehiscencia de herida (apertura). Rotura de tendón rotuliano por debilitamiento del mismo.

#### **Riesgos personalizados:**

Rotura de tendón rotuliano por debilitamiento del mismo.

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Abstención terapéutica, medidas físicas.



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.*