

## Documento Consentimiento Informado

### CIRUGÍA DE METATARSIANOS CENTRALES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su Podólogo/a todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

#### **PACIENTE:**

D./Dña. ....de ..... años de edad, Historia Clínica nº ....., DNI nº..... y con domicilio en: .....

#### **REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO:**

D./Dña. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... DNI nº ....., en calidad de ..... del paciente. (Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho).

**DECLARO:** Que el/la Podólogo/a D./Dña. ...., número de Colegiado/a ....., me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento: **CIRUGÍA DE METATARSIANOS CENTRALES.**

He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### **DETALLES DE LA INTERVENCIÓN:**

La finalidad principal de la intervención es corregir las deformidades digitales del pie y evitar los hiperapoyos metatarsales. El procedimiento precisa habitualmente de anestesia loco-regional para autorizarla deberá expresarlo por escrito en otro documento similar a este donde se detallan los riesgos potenciales derivados de la técnica anestésica. La cirugía consiste en alinear los dedos del pie y modificar los metatarsianos mediante resecciones óseas. Puede ser precisa la sujeción temporal de los dedos o los metatarsianos con agujas o tornillos de osteosíntesis. Cualquier intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

#### **TÉCNICA QUIRÚRGICA:**

El podólogo me ha explicado la técnica quirúrgica que preciso, consistente en: .....

#### **COMPLICACIONES FRECUENTES**

- Dolor.
- Hematoma en herida o proximidades de esta.
- Inflamación

#### **COMPLICACIONES POCO FRECUENTES**

- Infección de la herida quirúrgica.
- Recurrencia de la deformidad que requiera una nueva intervención.
- Si la resección ósea requerida es considerable, puede dejar un dedo colgante o flotante.
- Edema postoperatorio en los dedos que puede tardar meses en ceder.
- Problemas de cicatrización cutánea.
- Cicatrices dolorosas.





**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, D./Dña. ....,  
en mi calidad de paciente.

D./Dña. ...., en  
mi calidad de representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, de D./Dña. ....  
.....

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento,  
que doy con esta fecha por finalizado.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo. Paciente, representante legal, familiar o persona vinculada de hecho