

Documento Consentimiento Informado

CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE H.A.V. (Hallux Abductus Valgus)

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 PARA CORRECCIÓN DE H.A.V.**

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

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN:

El juanete o hallux abductus valgus es una deformidad del pie en la cual el dedo gordo se desvía hacia los otros dedos, deformándolos secundariamente. Esta patología suele ser bilateral. La desviación del dedo gordo produce además una prominencia ósea lateral que con gran frecuencia se inflama y en ocasiones se infecta y se ulcera dando cuadros muy dolorosos. Igualmente puede dar callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie y deformidad en flexión de los dedos adyacentes. La corrección de la deformidad se puede efectuar por numerosas técnicas. El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo, prevenir el dolor en la planta del pie, la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha. El procedimiento precisa habitualmente de anestesia local o 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.

El/La Podólogo/a me ha expuesto las diferentes técnicas quirúrgicas que existen y conforme a mi deformidad, el procedimiento quirúrgico a realizar consiste en:

Con la técnica quirúrgica de:

CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención, sufrirá dolor en la zona de la herida debida a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses. La corrección de la deformidad conlleva el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad para moverlos adecuadamente. Dicha incapacidad suele ser temporal. Precisaré guardar reposo relativo las primeras 24/48 horas, aunque podré realizar pequeños paseos, pero no permanecer estancias prolongadas de pie. Precisaré guardar reposo los primeros días, aunque desde el 2º día después de la intervención, tendrá que comenzar a movilizar el dedo operado según se le indique.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

1. Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
2. Lesión de los vasos adyacentes.
3. Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar dolor local o adormecimiento del dedo.
4. Lesión tendinosa.
5. Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar), que puede conducir a la muerte.
6. Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que requiere además de antibiótico apertura de la herida y drenaje
7. De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: reaparición de la deformidad con el tiempo, necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética, distrofia simpática refleja, síndrome de Sudeck, rotura o rechazo del elemento de fijación Aguja o Tornillo.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

CONSENTIMIENTO PARA GRABAR LA INTERVENCIÓN

Autorizo expresamente al Podólogo a grabar en video o realizar fotografías durante el proceso quirúrgico con fines exclusivamente científicos o docentes y preservando la intimidad y el anonimato del paciente.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, calzado adecuado, plantillas de descarga, fundas de silicona o algún dispositivo similar puede servir para mejorar las molestias, pero no para corregir la deformidad.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el/la Podólogo/a me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el/la Podólogo/a podría variar la técnica quirúrgica programada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Me considero satisfecho/a con la información recibida y comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Y en tales condiciones, libre y voluntariamente,

HE DADO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el procedimiento/tratamiento	NO CONSIENTO someterme al procedimiento/ tratamiento indicado
Fdo. Paciente o representante	Fdo. Paciente o representante

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

Fdo. Podólogo/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: D./Dña..... **Finalidad:** Prestación de asistencia médica solicitada. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679. **Destinatarios:** Le informamos que sus datos NO van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer enviando un correo electrónico con copia de NIF a nuestra dirección electrónica:@..... .
Procedencia: El propio interesado o su representante legal.

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:



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