

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.
- Dolor en otras áreas metatarsales por transferencia de cargas en intervenciones sobre los metatarsianos.

COMPLICACIONES MUY INFRECUENTES:

- Pueden lesionarse estructuras vasculonerviosas de los dedos, con lo cual puede producirse una necrosis del dedo y ser precisa una amputación, o quedar una hipoestesia (falta de sensibilidad) en un área del dedo.
- A veces no se consigue la fusión de la articulación, con lo que, si ésta es dolorosa, puede requerirse una reintervención.
- Pseudoartrosis de los metatarsianos que puede requerir una reintervención.
- Distrofia simpática refleja, Síndrome de Sudeck.
- Trombosis venosa y tromboflebitis de la extremidad.
- Rotura o rechazo del elemento de fijación Aguja o Tornillo.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo podológico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

CONSENTIMIENTO PARA GRABAR LA INTERVENCIÓN

Autorizo expresamente al Podólogo/a 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.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A LA CIRUGÍA:

Como alternativa al tratamiento quirúrgico propuesto pueden utilizarse plantillas, protectores de siliconas, infiltraciones y utilizar calzado adecuado, que en todo caso tienen un fin paliativo y nunca corrector

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:** Le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación, enviando un correo electrónico, acreditando fehacientemente su identidad a nuestra dirección electrónica: o enviándolo por correo postal a la Sede

Los interesados tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control y solicitar la tutela de derechos que no hayan sido debidamente atendidos a la Agencia Española de Protección de datos a través de la sede electrónica de su portal web (www.agpd.es), o bien mediante escrito dirigido a su dirección postal (C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid).

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