

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CAMBIO DE YESO

Estimado paciente/familiar/tutor le entregamos la información del procedimiento al que va a ser sometido y solicitamos su Consentimiento Informado para la realización de la misma, siendo su aceptación voluntaria y pudiendo retirar su consentimiento en el momento que considere oportuno (artículo 2 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; artículo 6 de la Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria)

PACIENTE

Nombre y Apellidos del/ la Paciente	DNI	H.C.
Don/Dña.		

O en su defecto, por imposibilidad física o legal, su REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO:

Nombre y Apellidos del/la Representante Legal	Parentesco	D.N.I.
Don/Dña.		

DECLARO:

Que he sido informado/a de forma clara y suficiente sobre el procedimiento diagnóstico / terapéutico clínico o quirúrgico denominado Cambio de Yeso y que básicamente consiste en lo siguiente :

Colocación de yeso cerrado para mantener la alineación de la fractura y/o lesión ligamentosa hasta conseguir la consolidación de la misma.

El facultativo Don _____ me ha explicado cómo se realiza, el por qué se hace, los beneficios esperados y las consecuencias de no hacer ningún tipo de tratamiento. También me ha explicado que existen otros tipos de tratamientos o la abstención, y por qué se considera más beneficioso para el paciente el que se me propone.

Se me ha explicado las posibles complicaciones y los riesgos más frecuentes de este procedimiento y los he entendido.

Se me ha informado que estas complicaciones pueden incluir:

Sd. Compartimental, Dolor postratamiento, Edematización miembro, Compresión por el yeso e incluso lesiones cutáneas como: irritaciones, sarpullidos, rojeces, maceración, ampollas, picores, olor, molestias, rotura de la férula. Refractura. Desplazamiento o angulación de la fractura que precise nueva reducción y/o cirugía. Trastornos nerviosos y/o vasculares. Rigidez articular. Necesidad de cambio de yeso por malalineación de la fractura en controles posteriores. No unión de la fractura. Trastornos crecimiento miembro afecto. Trombosis Venosa Profunda. Rotura yeso.

El relleno y el vendaje usado para inmovilización pueden dañarse, ello puede impedir que funcionen correctamente. Si aparece alguna de estas complicaciones acudir a su médico para valoración.

Estoy satisfecho/a de la información que se me ha facilitado y he podido aclarar mis dudas con el Dr. _____

He comprendido la naturaleza y los propósitos de este procedimiento, y por ello DOY MI CONSENTIMIENTO para que se le realice al paciente más arriba indicado y cuyos riesgos me han sido suficientemente explicados. También sé que es posible que precise una radiografía de control y colocación de un nuevo yeso en caso de desplazamiento secundario de la fractura, teniendo que abonar el total del coste del tratamiento como si fuera un nuevo episodio. En caso de rotura del material una vez colocado el mismo, no nos hacemos responsables de el mal uso que el paciente le de. No nos hacemos responsables del daño producido por materiales que el paciente introduzca en el interior del yeso.

Si surgiese cualquier situación inesperada durante la colocación, autorizo al cirujano o a su equipo a realizar cualquier procedimiento o maniobras distintas de las indicadas en este documento que a su juicio estimase oportunas para el tratamiento.

ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO PUEDE SER REVOCADO POR MI EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO.

Observaciones _____

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído, una de cuyas copias se me proporciona.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o su representante legal

Dr. _____
Nº de Colegiado _____

Firma del médico