

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### CIRURGIA REALINEADORA DE L'APARELL EXTENSOR DEL GENOLL

..... núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

.....  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a .....  
i DNI núm. ...., en qualitat de representat legal/ familiar o de parentesc de  
.....  
(nom i cognoms del pacient)

#### DECLARO

Que el doctor/a .....m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és convenient, en la meua situació, realitzar el tractament quirúrgic CIRURGIA REALINEADORA DE  
L'APARELL EXTENSOR DEL GENOLL. He llegit la informació que se m'ha entregat i que es descriu a  
continuació.

#### PREOPERATORI

Abans de la cirurgia serà necessari fer-li algunes proves diagnòstiques, com ara analítica, radiografies o electrocardiograma. També li indicarem des de quina hora ha d'estar en dejú.

#### PROCEDIMENT

El propòsit principal de la intervenció és restaurar la correcta alineació de la ròtula en el solc troclear del fèmur distal.

La intervenció pot demanar anestèsia, el tipus i modalitat de la qual seran valorats pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.

La intervenció consisteix en l'execució de tècniques de realineació proximal, distal o combinades sobre l'aparell extensor del genoll constituït pels quàdriceps, ròtula i tendó rotular. També pot ser necessari realitzar, segons la gravetat del cas, alerotomia externa rotuliana atroscòpica o oberta i/o retensat del vast intern amb plicatura d'aleró intern i/o transposició de la tuberositat tibial anterior, tot això amb l'objectiu de restaurar la biomecànica normal, ja que una alineació incorrecta d'aquest aparell extensor pot provocar dolor, sensació de fallada del genoll i lesions en el cartílag articular.

## DESCRIPCIÓ DELS RISCOS

Tota intervenció quirúrgica, tant per la mateixa tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...), porta implícites una sèrie de complicacions, comunes i potencialment serioses, que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics, i que, en un mínim percentatge de casos, podrien ser causa de mort.

## DESCRIPCIÓ DE COMPLICACIONS

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per CIRURGIA REALINEADORA DE L'APARELL EXTENSOR DEL GENOLL poden ser:

- Problemes vasculonerviosos secundaris a la utilització del braçal d'isquèmia.
- Infecció de la ferida quirúrgica o de l'articulació del genoll.
- Ruptura o esclat de l'os (tuberositat anterior de la tibia) que, a vegades, segons la gravetat del trastorn, durant la intervenció és necessari manipular per traslladar-lo.
- Flebitis o tromboflebitis, que poden donar lloc, en el pitjor dels casos, a embolisme pulmonar i a la mort.
- Complicacions cutànies.
- Sinovitis, que pot ser de repetició.
- Impossibilitat tècnica de corregir totalment la desalineació, per la qual cosa pot persistir dolor o inestabilitat rotular residuals. Per altra banda, en pacients amb lesions degeneratives ja presents en el moment de la cirurgia, és molt probable que quedin molèsties residuals a pesar d'un correcte tractament quirúrgic.
- Lesió dels vasos adjacents.
- Lesió o afectació dels nervis adjacents, fet que podria ocasionar trastorns sensitius i/o motors que podrien ser irreversibles.
- Distròfia simpàticoreflexa o malaltia de Südeck.
- Pèrdua de la mobilitat en les articulacions pròximes a la zona lesionada i pèrdua de força dels músculs de l'àrea; la recuperació dependrà d'una rehabilitació contínua amb molts exercicis, però que pot arribar a ser definitiva.

## ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Com a alternativa al procediment proposat, podrà seguir un tractament analgèsic i antiinflamatori, procurar limitar l'activitat física, evitar els moviments intensos de l'articulació i fer exercicis de rehabilitació. Aquest tractament millora parcialment els símptomes però no sol aconseguir, en general, evitar nous episodis de luxació de l'articulació o una intervenció quirúrgica posterior.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meua situació actual poden sorgir com:

.....  
.....

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meua identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui practicat el procediment/ tractament quirúrgic CIRURGIA REALINEADORA DE L'APARELL EXTENSOR DEL GENOLL: .....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... de 20.....

---

**DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT**

**DECLARO**

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... de 20.....