

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT OSTEOTOMIA CORRECTORA DE FÈMUR

..... 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 procediment/ tractament quirúrgic OSTEOTOMIA CORRECTORA DE FÈMUR. 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 la correcció de la configuració del fèmur, tant proximal com distal, en aquells casos que alteren l'anatomia o la funció del maluc o el genoll, i que causen dolor, degeneració artròsica o anomalies funcionals.

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

La intervenció consisteix a corregir la morfologia del fèmur mitjançant seccions òssies, tant a un nivell proximal com distal, per restituir l'anatomia normal i mantenir-la en la seva nova situació mitjançant implants metàl·lics tals com plaques, cargols o claus.

### DESCRIPCIÓ RISCOS

Qualsevol 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 d'OSTEOTOMIA CORRECTORA DE FÈMUR poden ser:

- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Lesió vascular.
- Lesió o afectació d'algun tronc nerviós que podria causar, temporalment o definitiva, trastorns sensitius o motors.
- Ruptura o esclat de l'os que es manipula durant la intervenció.
- Afluixament o ruptura del material implantat.
- Flebitis o tromboflebitis que podrien provocar embolisme pulmonar i mort.
- Embòlia grassa.
- Rigidesa o limitació funcional articular.
- Retard o fracàs de la consolidació òssia que podria requerir noves intervencions.
- Dolor residual relacionat o no amb l'implant.
- Síndrome compartimental.
- Distròfia simpaticoreflexa.
- Necrosis cutànies.
- Eскурçament, allargament o defectes de rotació del membre intervingut.

#### ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

No existeixen.

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 meva 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 meva 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 OSTEOTOMIA CORRECTORA DE FÈMUR:  
.....

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 meva situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El metge/metgessa 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.....