Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para la Intervención Quirúrgica de AMPUTACIÓN DE MIEMBROS

Sr./Sra.....DNI.:.....
o en su representación, Sr./Sra.....
DNI.:....., en calidad de.....he sido informado por los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular de lo siguiente:
Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones oportunas, encontrado un ***déficit muy grave de circulación en la extremidad,*** en un grado tan severo que no es posible la revascularización de la misma.
Por este motivo, y para evitar los intensos dolores que puede tener y la progresión de la gangrena de su extremidad, se le propone la ***amputación*** de esa extremidad o parte de ella, ya que de lo contrario corre un riesgo importante que puede tener consecuencias para su vida.
Dependiendo de la extensión de las lesiones que encontremos, y de las previsiones de una rehabilitación posterior, la amputación puede ser:

- ***Menor:*** dedos o parte del pie, conservando el apoyo del talón. Si existieran signos de infección local, se dejaría abierta la herida quirúrgica para un cierre posterior, espontáneo o quirúrgico.
- ***Mayor:*** por encima o por debajo de la rodilla, en función de la extensión de la enfermedad,

En su caso, se practicará:.....
El tipo de ***anestesia*** necesaria para esta intervención quirúrgica, le será detallada por el Servicio de Anestesiología, así como sus riesgos y posibles complicaciones.

Las ***COMPLICACIONES*** que se pueden presentar son las siguientes:

- Defecto de cicatrización por una falta intensa de circulación, que puede provocar necrosis o infección del muñón y obligar a una reamputación más proximal.
- Pérdida aguda de sangre durante la intervención que requiera transfusión durante el acto quirúrgico o posteriormente.
- Dolores en la extremidad amputada, denominados “del miembros fantasmas”, que suelen relacionarse con el tiempo que ha durado la isquemia de su extremidad.
- Hematoma de la herida, que puede retrasar la cicatrización.
- *Complicaciones generales comunes a cualquier intervención quirúrgica:* accidentes vasculares, renales, cardiorrespiratorio y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son tanto más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

Paciente Sr. /Sr.a
He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El/la médico/a que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar al equipo médico, del cambio de la decisión.

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....

He decidido ***NO AUTORIZAR*** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....

He decidido ***REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN.***

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....