

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE COMPRESIÓN
NERVIOSA**

1. DATOS DEL PACIENTE

Pegatina

NOMBRE:

.....

D.N.I.:

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: APELLIDOS:

D.N.I.:

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

3. DATOS DEL MÉDICO

Sello facultativo

NOMBRE:

.....

Nº COLEGIADO:

4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña

5. PROCESO ASISTENCIAL

5.1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la liberación de un nervio que va hacia la mano o el pie en su paso por un canal estrecho, constituido generalmente por unas estructuras óseas cerradas por un ligamento.

El propósito principal de la operación consiste en mejorar el dolor y hormigueo e impedir la progresión de la compresión del nervio.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Cuanto más evolucionado sea el cuadro, menores serán las posibilidades de recuperación total.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algún tiempo.

Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. En ocasiones será necesaria la inmovilización con una férula. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la compresión del nervio a nivel de:del lado..... son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

- Lesión de vasos de la extremidad.

- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.

- Infección de la herida.

- Cicatriz de la herida dolorosa o sensible.

- Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).

- Reparación de la sintomatología con el tiempo.

- De forma poco habitual puede complicaciones como la descalcificación, rigidez articular e inflamación importante de los dedos (atrofia ósea).

5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Inicialmente se puede tratar con medicación antiinflamatoria, férula de inmovilización o infiltraciones. El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando existe un dolor importante, el tratamiento realizado con anterioridad es ineficaz o si existe el riesgo de desarrollar lesiones permanentes.

5.6. CONTRAINDICACIONES

En el caso de aparición de una infección activa o de un embarazo la cirugía estaría contraindicada. Si de ahora en adelante precisa medicación anticoagulante o para suprimir las defensas (inmunosupresores) o le aparecieran nuevas enfermedades, deberá comunicarlo con antelación.

6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento del síndrome de compresión nerviosa.

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....