**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

**Todos los pacientes que ingresen al Hospital Regional de Moniquirá con diagnóstico de TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS, LIPOMAS, GANGLIONES, SINDROME DE TUNEL DEL CARPO, COMPRESIÓN DE NERVIOS, SÍNDROME COMPARTIMENTAL, CUERPOS EXTRAÑOS EN TEJIDOS BLANDOS Y EXTRACCIÓN PARCIAL O COMPLETA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS DE MIEMBROS SUPERIORES O DE MIEMBROS INFERIORES**

* Tumores benignos o malignos de tejidos blandos, lipomas, gangliones, sindrome de tunel del carpo, compresión de nervios, síndrome compartimental, cuerpos extraños en tejidos blandos y extracción parcial o completa de material de osteosíntesis de miembro superior (Hombro, clavícula, brazo, codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos)
* Tumores benignos o malignos de tejidos blandos, lipomas, gangliones, compresión de nervios, síndrome compartimental, cuerpos extraños en tejidos blandos y extracción parcial o completa de material de osteosíntesis de miembro inferior (Pelvis, cadera, fémur, rodilla, pierna, tobillo, pie, artejos)

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**

* **Resección de tumor benigno o maligno de tejidos blandos, Resección de lipoma o Resección de ganglión:** Cirugía en la que se realiza extracción quirúrgica de una masa o tumor de los tejidos blandos superficiales o profundos de las extremidades, o en la que se realiza extracción quirúrgica de un ganglión de una articulación o de un tendón de las extremidades con el objetivo de control del dolor, recuperación funcional y estudio de la masa retirada.
* **Descompresión de tunel del carpo:** Cirugía en la que se realiza liberación del nervio mediano mediante sección longitudinal del techo del túnel del carpo a nivel de la muñeca, con el objetivo de control del dolor y recuperación funcional.
* **Descompresión de nervios y fascias (Fasciotomías):** Cirugía en la que se realiza liberación de nervios, músculos, vasos y tendones mediante sección longitudinal de las fascias superficiales o profundas, con el objetivo de control del dolor, evitar necrosis de la extremidad y lesiones nerviosas periféricas irreversibles, con recuperación funcional de la extremidad afectada.
* **Extracción de cuerpos extraños y de material de osteosíntesis:** Cirugía en la que se realiza extracción quirúrgica de cuerpos extraños en los tejidos blandos o extracción parcial o completa de material de osteosíntesis de los huesos, con el objetivo de control del dolor, control de infecciones y recuperación funcional.
* **Lavado quirúrgico y desbridamiento:** Cirugía que se realiza para retirar tejidos desvitalizados y la contaminación de los tejidos blandos o de músculos y tendones de las extremidades.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

* Hemorragia (Sangrado), Infección del sitio operatorio o infecciones profundas, Lesión vascular, Lesión nerviosa, Falla o ruptura de las suturas, Reintervenciones, Fracturas, Imposibilidad de retiro de la totalidad del material de osteosíntesis o los cuerpos extraños, Dolor intenso sin control con analgésicos, Dolor crónico, Hematomas, Dehiscencias de las suturas, Recidiva de las masas o gangliones, fibrosis del túnel del carpo con persistencia de los síntomas, Trombosis venosa profunda, Tromboembolismo pulmonar, Requerimiento de lavados quirúrgicos, Amputaciones, Muerte.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

* Persistencia del dolor
* Deformidad de la extremidad
* Sepsis
* Limitación funcional

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

* Mejorar la condición de salud del paciente, Control del dolor, Recuperación funcional, Rehabilitación temprana

**Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

* En casos seleccionados de PATOLOGÍA DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO aguda no complicada, se puede realizar manejo médico supervisado de manera estricta

**Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FÍSICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente si existe** |  |  |  |
| **Profesional o testigo** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional asistencial** |  |  |  |

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO**

* Deambulación temprana
* Higiene curación de la herida
* Cumplir con el tratamiento médico indicado
* Consultar en caso de fiebre – dolor persistente que no cede con el consumo del analgésico indicado