

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: és una intervenció que té el propòsit de produir una major estabilitat de les estructures anteriors del muscle per a evitar les luxacions recidivants.

2. Com es realitza?: la intervenció consisteix en l'escurçament i/o transposició de les estructures capsulars, tendinoses, osteotendinoses i/o musculars de la cara anterior de l'articulació. Per a aquest fi, poden ser utilitzats fils de sutura, elements metàl·lics o reabsorbibles que ajuden a la fixació de les estructures. Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgeix algun imprevist, l'equip mèdic podrà variar la tècnica quirúrgica programada. A vegades, aquesta estabilitat s'aconseguirà limitant la rotació externa del braç. La intervenció necessita anestèsia, que serà valorada pel servei d'anestèsia.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10 %):** infecció a nivell de la ferida operatoria; relaxació, malgrat el tractament quirúrgic; fractura de l'os que es manipule o afluixament del material utilitzat, i/o rigidesa articular.
- **Infreqüents (menys del 10 %):** lesió d'un tronc nerviós, hemorràgia massiva, tromboflebitis, embolisme pulmonar i mort.

4. Conseqüències previsibles de la realització: el tractament d'aquesta lesió és preferentment quirúrgic, no sent esperable la curació definitiva de la lesió mitjançant mètodes conservadors. La realització de la intervenció quirúrgica produirà l'estabilització de les estructures anteriors del muscle i per tant serà previsible la desaparició de les luxacions.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: en el cas de no realitzar la intervenció és esperable, a curt termini, la persistència de dolor i incapacitat per a realitzar unes certes activitats a causa de la feblesa muscular, limitació de la mobilitat i sensació d'inestabilitat. A llarg termini, es poden produir fenòmens degeneratius tant musculotendinosos com ossis.

6. Alternatives: com a alternativa al procediment quirúrgic proposat es pot realitzar un tractament conservador consistent en fisioteràpia i tractament mèdic simptomàtic.

7. Riscos en funció de la seua situació: tota intervenció quirúrgica, tant per la tècnica operatoria 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, així com un mínim percentatge de mortalitat.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

TRAUMATOLOGIA

Intervencions sobre inestabilitat traumàtica crònica anterior de muscle

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

| | | | |
|-----------|---|---------|-------------------|
| COGNOMS | NOM | DNI | DATA DE NAIXEMENT |
| Núm. SIP | DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) | | CP |
| LOCALITAT | PROVÍNCIA | TELÈFON | CORREU ELECTRÒNIC |

DADES REPRESENTANT LEGAL

| | | | | |
|---------|-----|-----|----------------|----------------|
| COGNOMS | NOM | DNI | DATA NAIXEMENT | EN QUALITAT DE |
|---------|-----|-----|----------------|----------------|

DADES PROFESSIONAL

| | | | |
|---------|-----|------------------------|-------------------|
| COGNOMS | NOM | CATEGORIA PROFESSIONAL | Núm. COL·LEGIACIÓ |
|---------|-----|------------------------|-------------------|

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que per raons personals renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____