

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**1. Què és?:** és una cirurgia per a la substitució del lligament creuat anterior (LCA) per una altra estructura que realitze idèntica funció, i rep el nom de lligamentoplastia. Aquest lligament té una mínima capacitat de curació. Quan es trenca de manera completa, no pot esperar-se la seua curació espontània, per la qual cosa necessita ser substituït per a recuperar la funció perduda. El propòsit principal de la intervenció de reconstrucció de l'LCA és la reparació o substitució d'aquest, així com de les lesions associades que puguen ser reparades, amb la finalitat de dotar el genoll de l'estabilitat perduda.

**2. Com es realitza?:** mitjançant cirurgia se substitueix el lligament danyat per una altra estructura, que podrà ser orgànica o inorgànica, depenent de si és d'un ésser viu o de fabricació artificial. En la majoria dels casos, s'utilitzaran tendons humans, amb o sense fragments ossis en els seus extrems. Són presos del/de la mateix/a pacient o de donants multiorgànics. En poques ocasions la lesió de l'LCA és aïllada, per la qual cosa pot ser necessària una avaluació quirúrgica de lesions associades dels lligaments, meniscos, i cartílag articular.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10 %):** sinovitis (vessaments de líquid en l'articulació) de repetició. Rigidesa o pèrdua de mobilitat en l'articulació del genoll. No obtenció d'una estabilització adequada del genoll. Dolor o molèsties en la zona donant (cara anterior genoll o darrere de la cuixa-genoll).
- **Infreqüents (menys del 10 %):** infecció de la ferida operatòria. Distròfia simpaticoreflexa o malaltia de Südeck (dolor i tumefacció difusos en genoll i cama sense una causa aparent que ho justifique). Flebitis o tromboflebitis. (complicacions infreqüents (<1%): Hemorràgia massiva per afectació d'un gran vas, que en alguns casos pot portar a l'amputació del membre o ocasionar la mort. Lesió o afectació dels nervis adjacents, que podrien ocasionar trastorns sensitius i/o motors permanents, bé per la cirurgia en si o per la utilització del maneguet d'isquèmia. Trencament o esclat de l'os que es manipula en la intervenció. Problemes vasculonerviosos secundaris. Trombosi venosa profunda, que pot donar lloc en el pitjor dels casos a embolisme pulmonar i mort.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** obtindre un genoll el més estable possible, funcionalment millor de com el tenia per la lesió dels elements estabilitzadors en el traumatisme. No sol quedar exactament igual que abans de l'accident, però sí s'obté una millora important en l'estabilitat i seguretat, i la sensació de fallada sol desaparèixer quasi per complet. La recuperació completa d'aquesta mena d'intervenció pot oscil·lar entre 4 i 12 mesos, segons les lesions associades i el tipus d'activitat del/de la pacient.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** si l'activitat física de la persona és important, es produiran episodis de sinovitis, trencament dels meniscos i lesions del cartílag articular de còndils femorals i ròtula. Si el/la pacient no canvia de manera estricta els seus hàbits de vida (i a vegades encara que ho faça), és probable que necessite una intervenció dels meniscos i, el que és pitjor, que aparega artrosi.

**6. Alternatives:** si els símptomes són poc acusats, el/la pacient té més de 35-40 anys i la seua activitat física no implica girs imprevistos, terreny irregular o esports de contacte, és possible indicar un programa de rehabilitació específic i una genollera per a activitats concretes. De totes maneres, si les fallades augmenten o es produeixen vessaments en el genoll, seria convenient realitzar la intervenció quirúrgica.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** toda intervenció quirúrgica, tant per la 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, 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.**

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