

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: és un tractament ortopèdic de les fractures diafisàries (aquelles que comprometen el segment intermedi dels ossos llargs, anomenat diàfisi) que prescindeix d'una cirurgia oberta o instrumentada sobre l'os.

2. Com es realitza?: mitjançant la reducció dels fragments (alineació de la fractura) i immobilització mitjançant un embenatge enguixat, fèrula de material plàstic, ortesi o un tractament mitjançant tracció contínua fins a la consolidació de la fractura. La tracció és utilitzada per a alinear els fragments, i exerceix una força de tensió transmesa a l'os mitjançant tires adhesives a pell o mitjançant una agulla metàl·lica que travessa l'os. La intervenció pot necessitar anestèsia.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10 %):** complicacions cutànies com flictenes, zones de decúbit per pressió dels embenatges enguixats, sequedat i atròfia. Trastorns de la circulació venosa perifèrica, com flebitis o tromboflebitis, edemes ortostàtics, i trastorns tròfics, limfedema, etc. Alteracions en la mobilitat de les articulacions pròximes a la zona lesionada. Disminució de la força dels músculs de l'àrea, la recuperació de la qual depèn de la realització continuada dels exercicis de rehabilitació, però que pot arribar a ser definitiva. A llarg termini i depenent de la forma de consolidació, canvis degeneratius en les articulacions adjacents. Diferència de longitud del membre per escurçament del focus de fractura. Sinovitis en articulacions veïnes, amb vessaments intercurrents per l'atròfia òssia i sobrecàrrega funcional durant la rehabilitació.
- **Infreqüents (menys del 10 %):** poden revestir major gravetat: lesió vascular. Lesió nerviosa. Trombosi venosa profunda. Tromboembolisme pulmonar. Consolidació en mala posició. Distròfia simpaticoreflexa. Síndrome compartimental. Infeccions. Estímul o detenció del creixement en pacients més joves amb fisis actives. Retard en la consolidació i/o pseudoartrosi.

4. Conseqüències previsibles de la realització: curació de la lesió òssia, i secundàriament evitar provocar més mal en els teixits que envolten la fractura, així com evitar el risc d'infecció de la ferida. Pot ser necessari repetir el procediment de reducció i immobilització, amb aplicació d'anestèsia, si en les revisions periòdiques s'observa un desplaçament o mobilització dels fragments. La rigidesa articular i atròfia muscular derivades de la limitació de l'activitat necessitaran una atenció de rehabilitació que inclouran exercicis i una activitat progressiva fins que els músculs i les articulacions recuperen la seua funció normal.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: la no realització del procediment podria provocar:

- Problemes en la consolidació de la fractura: retard en la consolidació, no unió o pseudoartrosi, consolidació viciosa amb deformitat i/o escurçament.
- Problemes cutanis com flictenes, atròfia o perforació de la pell per l'os, segons el tipus i la localització de la fractura.
- Problemes en articulacions veïnes amb alteració de la mobilitat, sinovitis, sobrecàrrega funcional i trastorns degeneratius derivats d'una consolidació viciosa.
- Problemes vasculars com trombosi venosa profunda i tromboembolisme pulmonar.
- Dèficits funcionals que limiten la capacitat de l'individu per a les activitats normals de la vida diària.

6. Alternatives: tractament quirúrgic on s'utilitzaran mitjans de fixació interna per al manteniment de la reducció de la fractura amb o sense obertura del focus o lesió. No pot considerar-se com a alternativa vàlida l'absència de tractament perquè les complicacions i/o seqüeles que es produirien podrien evolucionar cap a la pseudoartrosi o falta d'unió, que demandaria un tractament diferent en una fase tardana.

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 necessitar 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: _____