

El presente documento tiene como objetivo respetar el derecho del paciente a ser plenamente informado sobre el diagnóstico, tratamiento y riesgos inherentes a la terapéutica que va a recibir, de modo que el paciente disponga de todos los elementos de juicio posibles que le permitan consentir o no el tratamiento propuesto

Dentro de los derechos del paciente también se encuentra la elección de no recibir ningún tipo de información, en este caso debería firmar y aclarar su firma en el apartado correspondiente. Asimismo este documento refleja el derecho del profesional interviniente a dejar constancia de que ha brindado en tiempo y forma toda la información al paciente sobre el procedimiento propuesto y convenido

Buenos Aires, ..... de .....de .....

Nombre y Apellido del paciente:

.....

Tipo y N° de documento: ..... Nacionalidad: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Estado Civil: ..... Teléfono: .....

Por la presente otorgo el consentimiento para ser sometido/a al siguiente procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y/o intervención como así también a la toma de fotografías o video del procedimiento

.....

Esta práctica será realizada por el **Dr. Héctor J. Masaragian** y/o persona de su equipo, que el mismo designe a tales efectos, y que el suscrito ha elegido libremente.

Dejo expresa constancia de que he sido informado/a plenamente acerca de los riesgos significativos (directos e indirectos) que pueden derivar del procedimiento, tales como: infecciones, complicaciones de partes blandas, vasculares, fracturas intraoperatorias, recidivas de la deformidad, intolerancia, aflojamiento o ruptura del implante, cicatrización hipertrófica o queloide, trombosis venosas (TVP) y otros como así también de las variantes de solución de los mismos, si las tuvieran.

También se me ha informado de las posibilidades previsibles de evolución del tratamiento propuesto, aceptando además, que no es posible garantizar los resultados del mismo.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente en toda situación de emergencia, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes y/o la toma de muestras para realizar estudios cito histo anátomo patológicos o bacteriológicos.

Los firmantes manifiestan conocer y aceptar las **NORMAS DE INTERNACIÓN**, comprometiéndose desde ya a cumplir y hacerlas cumplir durante todo el tiempo que dure la misma.

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO**

**FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL PACIENTE**

FIRMA RESPONSABLE: .....

DNI N°: .....

ACLARACION DE FIRMA: .....

VINCULO CON EL PACIENTE: .....

ME NIEGO A RECIBIR INFORMACION

FIRMA DEL PACIENTE: .....



## INDICACIONES PREQUIRURGICAS

Sanatorio: .....

Fecha: ..... a las ..... hs. **AYUNO DE 6 HS. NO INGERIR LIQUIDOS**

Lleve los estudios, radiografías y autorizaciones. Si tiene alguna enfermedad o antecedente patológico: **COMUNICARSE CON Dres. VITALE o EGIDI (Coordinadores anestesia)** unas semanas antes de la Cirugía al **15-5308-0402**

**CONFIRMAR CIRUGIA con Dr. Leonel Rega** la semana previa a la operación al **1544741310** o via email a **leonelrega@fibertel.com.ar**

-Baño corporal total con jabón de **Pervinox (Iodopovidona o jabón de clorhexidina al 4%)** la **NOCHE ANTERIOR, EL DIA DE LA CIRUGIA Y ANTES DE IR HACIA EL SANATORIO**. Finalizado el baño, séquese con toallas sin uso previo y vístase con ropa limpia.

-No utilice perfumes, talco ni desodorante sobre la piel.

- Córtese las uñas de manos y pies. No se las pinte.

-NO se rasure

-En caso de tener prótesis (**cardíacas, óseas, etc**), antecedentes de Endocarditis infecciosa, valvulopatía, realizar consulta previa con servicio de infectología.

-No tomar aspirinas (Ac Acetil Salicílico) por siete días previos a la cirugía.

-Continúe con su medicación actual respetando las horas de ayuno indicadas, excepto indicación contraria.

- Controlar vacunación antitetánica.

### /// CONSULTORIOS ///

- **Cerviño 4679** - 2 piso. Tel.:4777-9161

- **Quintana 782** - Florida - Tel.:48373700

- **Clínica Bazterrica** - Pte. Perón 1739 Piso 7. Tel.:4375-0556

## ❖ INDICACIONES POSQUIRURGICAS

- 1- Mantener la pierna elevada
- 2- Colocar hielo sobre el pie y tobillo durante 20 minutos, cuatro veces al día
- 3- Las primeras 72 hs: **REPOSO**. Movilizarse solo para ir hasta el baño o cambiar de cuarto. Si tiene autorización para pisar, hacerlo con sandalia posquirúrgica o walker boot.
- 4- **\*Analgésico (Metaflexgesic)**
  - 1 comp. cada 8 hs, después de las comidas durante dos días y luego según dolor
  - Si hubiera dolor: tomar 15 a 20 gotas de Tramaklosidol cada 4-6 hs. como máximo. **(Es solo un refuerzo)**
  - Si hubiera náuseas: 40 gotas de Reliveran cada 8 hs.
- 5- **\*Fraxiparine 0.3 ml si pesa menos de 70 kg y 0.4 ml si mas de 70 kg - Clexane 40 mg - Omatex 40 mg - Badyket 3500 UI**
  - 1 ampolla subcutánea por día si tiene indicación de no pisar, antecedentes de trombosis venosa, várices, obesidad, tabaquismo, si utiliza anticonceptivos orales, inmovilización prolongada con o sin carga.
- 6- Control en consultorio, el día: ..... / ..... / ..... con Dr. .... en .....
- 7- Ante cualquier problema comunicarse con:
  - \*Dr. Masaragian: 15-5249-4685**
  - \*Dr. Rega 15-4474-1310**
  - \*Dr. Perin: 15-5165-8102**
  - \*Dr. Coria: 15-3474-6957**
  - \*Dra. Cicarella: 15-5961-8827**

### /// CONSULTORIOS ///

- **Cerviño 4679** - 2 piso. Tel.:4777-9161
- **Quintana 782** - Florida - Tel.:48373700
- **Clínica Bazterrica** - Pte. Perón 1739 Piso 7. Tel.:4375-0556