

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

ires,dedede
alidad:
Teléfono:
nte procedimiento diagnóstico y/o
s o video del procedimiento
<b></b>
quipo, que el mismo designe a tales efectos, y iesgos significativos (directos e indirectos) que es de partes blandas, vasculares, fracturas tura del implante, cicatrización hipertrófica o es de solución de estos, si las tuvieran. estamiento propuesto, aceptando, además, que os referidos a mi patología y su tratamiento
o diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio ción de todos los medicamentos necesarios de ras para realizar estudios cito histo anátomo nprometiéndose desde ya a cumplir y hacerlas
APACION V DNI (Pacionto a Eamiliar)
ANACION I DIVI (PACIENTE O PAMIIIAT)
cura del implante, cicatrización hipertrófica es de solución de estos, si las tuvieran. etamiento propuesto, aceptando, además, q os referidos a mi patología y su tratamier o diagnóstico y/o terapéutico que a su juición de todos los medicamentos necesarios ras para realizar estudios cito histo anátor

ME NIEGO A RECIBIR INFORMACION: FIRMA Paciente o familiar responsable: ......



# **INDICACIONES PREQUIRURGICAS**

Sanatorio:		
Fecha:	a las	hs.

<u>AYUNO de Sólidos de 8 HS.</u> – Puede ingerir líquidos claros (agua, té o mate) hasta 3 horas antes de su intervención.

LLEVE TODOS SUS ESTUDIOS, LABORATORIO, ELECTROCARDIOGRAMA, RADIOGRAFÍAS Y AUTORIZACIONES.

CONFIRMAR cirugía con secretaría la semana previa a la operación al 114775-4424 (WhatsApp -línea fija) o vía email a info@cirugiadelpie.net

- Realizar baño corporal total con jabón de clorhexidina al 4% la NOCHE ANTERIOR y EL DIA DE LA CIRUGIA, ANTES DE IR HACIA EL SANATORIO. Finalizado el baño, séquese con toallas sin uso previo y vístase con ropa limpia que no haya utilizado el día anterior.
- No utilice perfumes, talco ni desodorante sobre la piel.
- Córtese las uñas de manos y pies. No se las pinte.
- NO DEBE RASURARSE (aumenta el índice de infecciones)
- En caso de tener prótesis (cardíacas, óseas, etc.), antecedentes de Endocarditis infecciosa, valvulopatías, realizar consulta previa con servicio de infectología.
- Si tiene caries o problemas odontológicos deben ser tratados previamente a la cirugía
- No tomar Aspirina (Ac Acetil Salicílico) por siete días previos a la cirugía. CONSULTAR si toma otro anticoagulante
- Continúe con su medicación actual respetando las horas de ayuno indicadas, excepto indicación contraria.
- Controlar vacunación antitetánica.

### **CONSULTORIOS**

- Fray Justo Sta. María de Oro 2730 4B Palermo CABA (011 4775-4424)
- Artro Belgrano. Juramento 2059 / 1er piso Belgrano CABA (0114 787-6908)
- Sanatorio Finochietto. Av. Córdoba 2678 CABA (011 3752-8000)
- Clínica Bazterrica Pte. Perón 1739 Piso 7 (011 4375-0556) / Juncal 3002 Piso 1 CABA (4821-1600)



# **INDICACIONES POST-QUIRURGICAS**

- 1- Mantener la pierna elevada
- 2- Colocar hielo sobre el vendaje del pie y tobillo durante 20 minutos, cuatro veces al día x 3 días
- **3-** Las primeras 72 hs: **REPOSO RELATIVO. DEBE movilizarse solo** para ir hasta el baño o cambiar de cuarto. Si tiene autorización para pisar, hacerlo solo con sandalia posquirúrgica o bota Walker (de acuerdo con la indicación)
- 4- Analgésicos (Diclofenac 50 mg + Paracetamol 500 mg)
  - Un (1) comp. cada 8 hs. durante dos días y luego según dolor
  - **RESCATE**: Si a pesar de tomar el analgésico vía oral hubiera dolor: tomar 15-20 gotas de Tramadol 100 mg. cada 6 hs. **(Es solo un refuerzo)**
  - Si hubiera náuseas: 40 gotas de Reliveran cada 8 hs.
- 5- Si tuviera indicación de **prevención de la trombosis venosa**, por ejemplo, no poder pisar + inmovilización, antecedentes de trombosis venosa, várices, obesidad, tabaquismo, si utiliza anticonceptivos orales, inmovilización prolongada con o sin carga, patología tumoral en tratamiento (de acuerdo con la indicación médica). Charlarlo previamente con Dr. Masaragian o equipo
- Rivaroxaban 10 mg: 1 comprimido por día, comenzando 24 hs después de terminada la cirugía, por un mes.

**6-** Ante cualquier problema comunicarse con:

- Dra. Blanco, Daniela: 1133047968- Dr. Rodriguez, Mauricio: 1164232614

- Dr. Masaragian: 1152494685

#### **NOTAS EXTRA**

#### **CONSULTORIOS**

- Fray Justo Sta. María de Oro 2730 4B Palermo CABA (011 4775-4424)
- Artro Belgrano. Juramento 2059 1er piso Belgrano CABA (0114 787-6908)
- Sanatorio Finochietto. Av. Córdoba 2678 CABA (011 3752-8000)
- Clínica Bazterrica Pte. Perón 1739 Piso 7 (011 4375-0556) / Juncal 3002 Piso 1 CABA (4821-1600)