

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 / TEP) y otros, como así también de las variantes de solución de estos, 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.

Autorizo también al Dr. Masaragian y su equipo a tomar fotografías y/o videos referidos a mi patología y su tratamiento quirúrgico.

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 (Paciente o Familiar)

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

INDICACIONES PREQUIRURGICAS

Sanatorio:

Fecha: a las hs.

AYUNO de Sólidos de 8 HS. – 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. Karen Ortuño: 1167913176**

- **Dr. Mauricio Rodriguez: 1164232614**

- **Dr. Héctor 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)