

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, dedede | | | | | |
|--|--|---|-------------------------|----------------------|------------------|--|--|
| | ombre y Apellido del paciente: | | | | | | |
| | Tipo y № de documento: | | Nacionalidad: | | | | |
| | Fecha de Nacimiento: | . Estado civil | Teléfon | o: | | | |
| | Por la presente otorgo el consentimie | r 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 ef 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, dehiscencias, 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), muerte; 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, pronóstico y expectativas, % de buenos resultados y los no esperados, eventualidades, etc., aceptando, además, que no es posible garantizar los resultados. | | | | | | | |
| | itorizo también al Dr. Masaragian y su e iirúrgico. | quipo a tomar fotog | grafías y/o videos refe | ridos a mi patología | y su tratamiento | | |
| 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, ACLARACI | ON Y DNI (Pacient | e o Familiar) | | |

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 y línea fija) ó al 114776-8583, o vía email a info@cirugiadelpie.net

- Realizar baño corporal total con jabón de Pervinox (lodopovidona o 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 / 011 4776-8583)
- 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.
- Control en consultorio, el día:/..... con Dr. en en
- **6-** Ante cualquier problema comunicarse con:

Dra. Blanco Daniela: 1133047968
 Dr. Rodríguez, Mauricio: 1164232614

- Dr. Masaragian: 1152494685

NOTAS EXTRA

CONSULTORIOS

- Fray Justo Sta. María de Oro 2730 4B Palermo CABA (011 4775-4424 / 011 4776-8583)
- 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)