

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-12

Gastrostomía Percutánea

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

El objetivo es eliminar la necesidad de una sonda nasointestinal prolongada y a través de esta suministrar al paciente alimentación enteral.

EN QUE CONSISTE LA GASTROSTOMIA PERCUTANEA

Este es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la introducción a través de la pared abdominal anterior de un catéter especial, el cual quedará dentro del estómago, para a través de él suministrar alimentación enteral, generalmente en forma de papillas, por un tiempo prolongado. Este catéter de gastrostomía puede más adelante ser cambiado por otro de mayor calibre si así se requiere.

RIESGOS DE LA GASTROSTOMIA PERCUTANEA

A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en raras ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia y la infección: sea local en el sitio del catéter, o sistémica (sepsis) y el retiro accidental del catéter o sonda por tracción.

- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos


RIESGO PERSONALIZADOS:

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Gastrostomía Percutánea</p>	<p style="margin: 0;">FL-CDM-12</p>
		<p style="margin: 0;">Rev. 03</p>

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____