


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-144
	By Pass Femoropoplíteo u otro By Pass Periférico	Rev. 01

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:

Corregir quirúrgicamente la obstrucción o el aneurisma arterial de la región afectada.

EN QUE CONSISTE BY PASS FEMOROPOPLITEO U OTRO TIPO DE BY PASS ARTERIAL

En instalar una prótesis vascular de alta tecnología o un conducto natural (vena) entre la Arteria Femoral por la parte superior y la Arteria Poplítea u otras arterias por el extremo inferior. Si corresponde, se elimina el Aneurisma.

RIESGO DEL BY PASS ARTERIAL PERIFERICO

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto son los siguientes.

MUY POCO FRECUENTES

- Sangramiento a nivel de la prótesis, que puede requerir reparación quirúrgica.
- Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas o infección.
- Infarto del Miocardio, dependiente de lesiones de arterias coronarias preexistentes
- Accidente Vascular Cerebral, dependientes de lesiones preexistentes de arterias Carótidas, Vertebrales o Cerebrales; isquemia de médula y parálisis.
- Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o el daño aórtico comprometa las arterias renales.
- Isquemia de la extremidad, por compromiso arterial inferior.
- Embolias periférica a piernas, (desprendimiento de trozos de coágulos del aneurisma e ir por la circulación a las piernas)
- Atelectasia pulmonar, (compresión de segmentos de pulmón por mala respiración) e Insuficiencia Respiratoria.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.
- Eventuales zonas de necrosis que pueden requerir de amputación.

MAS FRECUENTES

Dolor y Edema en la región operatoria.

En todo caso, estas complicaciones tienen baja incidencia y las posibilidades que el tratamiento sea exitoso son altas.

La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados a los tratamientos adicionales.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Como alternativa para el tratamiento de estas lesiones en algunos casos se pueden realizar técnicas endovasculares (con catéteres por dentro de las arterias)

También podemos NO actuar sobre la arteria enferma y solo tratar de mejorar los síntomas con medicinas, ejercicios y un régimen de vida más sano, sin embargo en mi caso la mejor opción es la cirugía.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO By Pass Femoroplíteo u otro By Pass Periférico

FL-CDM-144

Rev. 01

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

Por ello manifiesto que estoy complacido con la formación 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 un **By Pass Femoroplíteo u otro By Pass Periférico**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **By Pass Femoroplíteo u otro By Pass Periférico**

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 el **By Pass Femoroplíteo u otro By Pass Periférico**, 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 _____

REVOCAACION:

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 _____