

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía para la realización de Accesos Vasculares para Terapia Endo Venosa

FL-CDM-26

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

La cirugía que se le va a realizar se debe a que usted precisa un acceso vascular para la administración durante periodos prolongados de fármacos intravenosos y de esta forma preservar otras vías venosas (generalmente en miembros superiores) que suelen resultar lesionadas cuando se utilizan con el tipo de fármacos que usted necesita.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA PARA LA REALIZACION DE ACCESOS VASCULARES PARA TERAPIA ENDO VENOSA.

Existen diversas opciones técnicas para realizar accesos vasculares. Los más comunes consisten en la introducción en una vena del cuello (yugular) o próxima a la clavicular (subclavia) de un catete de material inerte que se introduce hasta la vena cava superior y posteriormente se conecta a un dispositivo metálico que se implanta debajo de la piel y que es a través del cual recibida la medicación IV o servirá para extracciones de muestras sanguíneas.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA PARA LA REALIZACION DE ACCESOS VASCULARES PARA TERAPIA EV.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Hemorragias, obstrucciones del catéter o de la vena receptora, infecciones de las heridas, roturas de venas torácicas, etc. Estas complicaciones suelen presentarse durante el acto quirúrgico o en los días o meses inmediatamente posteriores.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía para la realización de Accesos Vasculares para Terapia Endo Venosa

FL-CDM-26

Rev. 03

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 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 **CIRUGÍA ACCESOS VASCULARES PARA TERAPIA EV.**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA ACCESOS VASCULARES PARA TERAPIA EV.**

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 **CIRUGÍA ACCESOS VASCULARES PARA TERAPIA EV**, 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 _____