

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL

FL-CDM-36

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

Reparación quirúrgica de la dilatación anormal que sufre la arteria AORTA.

### EN QUE CONSISTE ESTE PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que tengo un Aneurisma Aórtico Abdominal, es decir, una dilatación anormal, como un globo, permanente y progresiva de la aorta abdominal, que a veces se prolonga a las arterias ilíacas, enfermedad que conduce inexorablemente a la rotura produciendo una hemorragia masiva y generalmente mortal.

Me informan que se debe operar para evitar este riesgo. La operación consiste en abrir el aneurisma y reemplazar la zona de aorta dañada por una prótesis vascular, que se sutura en los extremos sanos.

### CUALES SON LOS RIESGOS DE ESTA CIRUGIA

Se pueden mencionar entre otras:

- Sangramiento a nivel de la prótesis, que puede requerir reparación quirúrgica.
- Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas o infección.
- Hernias de la herida operatoria a futuro.
- Infarto del Miocardio, dependiente de lesiones de arterias coronarias preexistentes.
- Accidente Vascular Cerebral, dependientes de lesiones preexistentes de arterias carótidas y/o vertebrales.
- Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o el aneurisma comprometa las arterias renales.
- Isquemia del colon, (poca irrigación del colon).
- Embolías periféricas a piernas, (desprendimiento de trozos de coágulos del aneurisma e ir por la circulación a las piernas).
- Impotencia, (dificultad para la erección del pene), secundaria a la disección quirúrgica alrededor de la aorta.
- Atelectasia pulmonar, (compresión de segmentos de pulmón por mala respiración).

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La alternativa de tratamiento propuesta consiste en Cirugía del Aneurisma Aórtico Abdominal, para reparar el aneurisma mediante el implante de una prótesis vascular.

Entre las alternativas se cuentan: No operar y aceptar el riesgo de ruptura consecuente; reparar el aneurisma mediante una prótesis endovascular.

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.

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

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL

FL-CDM-36

Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le 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 **ANEURISMA AORTICO BDOMINAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL**

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 **ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL**, 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 \_\_\_\_\_