

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ANEURISMA DE LA AORTA

FL-CDM-37

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 es para reparar una patología que se presenta en su aorta, evitando el riesgo fundamental de los aneurismas que es que se rompan y se produzca una hemorragia masiva que acabe con su vida de forma brusca. Incluso para aquellos pacientes que llegan al hospital y son intervenidos de urgencia la mortalidad esta en torno al 50 %.La causa principal de esta lesión es la aterosclerosis, pero pueden existir otras como fibrodisplasias, traumatismos, infecciones, etc., La lesión que presenta puede ser sintomática en un 75% de los casos o detectarse al realizar determinadas exploraciones en relación con otras enfermedades (adenoma de próstata, colelitiasis).

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA

Existen diversas opciones técnicas para eliminar los aneurismas de aorta: la cirugía abierta con exclusión del aneurisma y sustitución por un prótesis sintética o bien la implantación de una " endoprótesis" que excluye el aneurisma y se implanta con unos catéteres desde las arterias femorales. 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. En su caso, su equipo médico le recomendó la Cirugía Abierta.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA

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:

- Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal aguda, hemorragia, infección de la herida, neumonía, intubación prolongada, septicemia, fístulas aorto-duodenales, lesiones de vías urinarias, paraplejías, etc.,
- La mortalidad puede variar desde un 1% -2% en un paciente asintomático y sin otras enfermedades detectadas, un 18 % en aneurismas sintomáticas y con otras enfermedades basales del paciente, y hasta un 50% en aneurismas rotos.

Estas complicaciones suelen presentarse durante el acto quirúrgico o en los días inmediatamente posteriores. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.,) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

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 CIRUGIA ANEURISMA DE LA AORTA

FL-CDM-37

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 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 **CIRUGÍA ANEURISMA DE LA AORTA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA ANEURISMA DE LA AORTA**

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 ANEURISMA DE LA AORTA** 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 _____

REVOCAION

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 _____