



Consentimiento Informado De
Bloqueo De Plexo Celiaco Bajo
Ecografía y TAC

Consentimiento Informado De Bloqueo De Plexo Celiaco Bajo Ecografía Y TAC

Consentimiento Informado De Bloqueo De Plexo Celiaco Bajo Ecografía Y TAC

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a un
BLOQUEO DE PLEXO CELÍACO BAJO ECOGRAFÍA Y TAC.

INFORMACIÓN

Esta técnica tiene como finalidad disminuir el dolor crónico secundario a neoplasia abdominal o a pancreatitis crónica. Aproximadamente un 80% de los pacientes logran disminuir en forma significativa la necesidad de opiáceos (morfina y derivados) y en general analgésicos por el plazo de tiempo que dura su enfermedad. Consiste en la inyección de alcohol directamente en un acumulo de nervios ubicados en el abdomen superior por delante de la aorta (plexo celíaco).

El procedimiento se realiza en una sala de Tomografía computada (Scanner) especialmente habilitada, y bajo supervisión anestésica.

En la sala de Scanner será colocado(a) boca arriba o boca abajo y se le administrará sedación. El médico radiólogo intervencionista, utilizando como guía las imágenes de scanner y/o ecotomografía, introducirá 1 o 2 agujas finas por su espalda o por el abdomen anterior en el epigastrio hasta llegar a la zona del plexo celíaco, inyectando 20 a 40 ml de alcohol.

Como resultado directo y esperable del procedimiento, pueden suceder los siguientes efectos colaterales:

- En las primeras 24-72 horas es frecuente la presencia de dolor, como quemazón, principalmente en la espalda y el hombro, lo que desaparece con el paso de los días.
- Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan mareos y desvanecimiento al intentar colocarse de pie durante las primeras horas post- punción (hipotensión ortostática), por lo que se le pedirá explícitamente que mantenga reposo en cama sin levantarse durante las primeras 12-24 horas para evitar estas sensaciones.
- Un tercio de los pacientes puede también sufrir diarrea, la que es autolimitada al igual que el resto de los efectos del bloqueo ya comentados.
- A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo la más importante la hemorragia.

Nuestra Clínica dispone de los medios e infraestructura necesaria como para poderle garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.

El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

Como persona responsable, autorizo al servicio mencionado y al equipo asistencial a practicar al paciente el procedimiento médico especificado en el anverso de esta hoja y el tratamiento que juzgue oportuno.

Me han informado plenamente sobre el procedimiento, los riesgos y los beneficios. También he leído los detalles del procedimiento y he podido preguntar al médico lo que no tenía claro.



Autorizo también al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso de que se produzcan complicaciones.

He entendido que puedo retirar este consentimiento en el momento en que yo lo desee.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el procedimiento de:
BLOQUEO DE PLEXO CELÍACO BAJO ECOGRAFÍA Y TAC.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).