



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Cierre De Fistula Arterio-
Venosa

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cierre De Fistula Arterio-Venosa

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cierre De Fistula Arterio-Venosa

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, al tratamiento quirúrgico de **CIERRE DE FISTULA ARTERIO-VENOSA**

INFORMACIÓN

1. Debido a diversas causas, su fístula arterio venosa (FAV) requiere ser cerrada definitivamente. Las principales razones para ello son que le está produciendo un síndrome de robo arterial (quitándole sangre al segmento distal de su extremidad), por síndrome de hipertensión venosa central (hinchazón de la extremidad) o por desuso ya que se ha realizado un trasplante renal, entre otras causas.
En su caso el diagnóstico es.....
2. El procedimiento indicado consiste en hacer una intervención quirúrgica en la zona cercana a la unión de la arteria con la vena, ligando habitualmente esta última. En algunas ocasiones puede requerir además reparación de la arteria.
- 3.
4. Entre las alternativas se cuenta no hacer nada y observar la evolución natural aceptando las complicaciones de la condición subyacente que motivó la indicación del cierre de la FAV. **Los riesgos derivados del rechazo del tratamiento considera:**
 - Necrosis de tejido por falta de circulación sanguínea, con dolor extremo e infección y/o gangrena de la extremidad afectada en el caso del síndrome de robo.
5. Estoy informado de 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, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto.
6. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intraoperatorias), respiratorio (neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria) u otras (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
7. El tipo de anestesia requerido para este procedimiento, es habitualmente anestesia local; sin embargo, el anestesiólogo definirá si requiere algún otro tipo de anestesia o sedación lo que dependerá en gran medida de las condiciones y riesgos del paciente.

8. La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.
9. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
10. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pueden derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CIERRE DE FISTULA ARTERIO-VENOSA

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).