



Consentimiento Informado Para  
Procedimiento De Drenaje Biliar  
Percutáneo.

## **Consentimiento Informado Para Procedimiento De Drenaje Biliar Percutáneo.**

Consentimiento Informado – Cirugía Infantil

## Consentimiento Informado Para Procedimiento De Drenaje Biliar Percutáneo.

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**DECLARO:**

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento de:

**DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO.**

## INFORMACIÓN

Esta técnica consiste en la introducción de un pequeño tubo (catéter) a través de la piel, por el lado derecho del abdomen o por el epigastrio, con el fin de extraer la bilis acumulada en el hígado.

Este acúmulo de bilis se produce por una obstrucción de los conductos que normalmente la conducen desde el hígado hasta el intestino.

El acúmulo de bilis produce un grave trastorno de la función del hígado que se traduce en forma de náuseas, anorexia, ictericia (color amarillento de piel y ojos), e infección (colangitis). Por ello es importante solucionar lo antes posible esta obstrucción.

El drenaje biliar se realiza en una sala de radiología vascular intervencionista, controlado por rayos x, y lo llevan a cabo equipos médicos específicamente preparados tanto en lo que concierne a la técnica como a la manipulación de los rayos x.

La totalidad del procedimiento se realiza habitualmente con sedación endovenosa, evitando los riesgos de la anestesia general, y suele durar unas dos horas.

En algún momento del procedimiento es posible que note ciertas molestias que intentaremos que sean mínimas, por lo que le administraremos analgésicos.

Como en toda actuación médica, existen riesgos que usted ha de conocer antes de dar su autorización para que le sea practicado el procedimiento. Los principales riesgos son la hemorragia y la infección. El equipo médico que le atenderá y nuestra clínica disponen de los medios adecuados para tratar estas posibles complicaciones.

Su médico tratante y nosotros le proponemos este tratamiento porque consideramos que el riesgo de dejar la bilis retenida en su hígado es muy superior al que comporta esta técnica.

El tubo de drenaje habrá de permanecer colocado mientras dure la obstrucción de los conductos biliares, y por este motivo será necesario que usted aprenda a vigilar su estado. La Unidad de Radiología Intervencionista le facilitará las instrucciones para mantenerlo siempre en buenas condiciones.

Según el tipo de obstrucción de que se trate, el drenaje podrá ser sustituido al cabo del tiempo por una prótesis interna que colocaremos a través del mismo orificio del catéter de drenaje. En este caso el médico le informará de esta nueva técnica.

Dado que cada paciente tiene sus peculiaridades, el médico le informará de otros detalles particulares de su caso concreto que no figuren en esta hoja.

No dude en preguntar todo aquello que no le quede claro. El médico encargado de su caso le dará todas las explicaciones que solicite.



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**

**CONSIENTO** que se le realice el procedimiento para **DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO**.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).