



Consentimiento Informado Punción
Drenaje Percutáneo Bajo Ecografía O
Tomografía Computada (TAC)

Consentimiento Informado Punción Drenaje Percutáneo Bajo Ecografía O Tomografía Computada (TAC)

Consentimiento Informado Punción Drenaje Percutáneo bajo Ecografía O Tomografía Computada (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 realizarme una:
PUNCIÓN DRENAJE PERCUTÁNEA BAJO ECOGRAFÍA O TOMOGRAFÍA COMPUTADA.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Su médico tratante nos ha solicitado un drenaje percutáneo. Este es un procedimiento poco invasivo que consiste en la introducción a través de la piel de una aguja fina y luego de un tubo de drenaje en una colección (acúmulo de líquido), en forma controlada y guiada por métodos de imagen, para dar salida a su contenido, el que caerá en una bolsa de drenaje externo.

- Este tubo de drenaje y su bolsa deben permanecer instalados por un tiempo variable, dependiendo del tipo de colección, de la evolución clínica y en general del tiempo que tarde la colección en desaparecer completamente.
- Este líquido debe ser drenado porque está o puede estar infectado, o porque está ocupando espacio y comprimiendo las estructuras adyacentes.
- En ocasiones, sólo es necesario puncionar y aspirar el líquido para su estudio (cultivos, etc.), no instalando un catéter de drenaje.
- El procedimiento se realiza en una sala de ecografía o TAC especialmente habilitada para tal efecto, y es llevado a cabo por el servicio de radiología intervencional, un equipo médico especializado en la técnica y en la interpretación de imágenes.
- En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa (tranquilizantes).
- El procedimiento puede provocar molestias, las que son pasajeras.
- A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia y la sepsis (paso de microorganismos a la circulación sanguínea), cuya frecuencia y gravedad varía según la localización y el tamaño de la colección, y el estado general del paciente.
- 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.



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 de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice una:

PUNCIÓN DRENAJE PERCUTÁNEA BAJO ECOGRAFÍA O TOMOGRAFÍA COMPUTADA.

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).