



Consentimiento informado para
Litotricia

Consentimiento informado para Litotricia

Consentimiento informado para Litotricia

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 la práctica de:

LITOTRICIA.

Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los cálculos urinarios o la reducción de mi masa litiásica.
- El médico me ha explicado que el procedimiento puede requerir la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.
- Esta técnica consiste en la fragmentación de cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Los fragmentos del cálculo son eliminados de forma espontánea, junto con la orina. Esta técnica constituye actualmente el método ideal para el tratamiento de la mayoría de los cálculos debido a su facilidad de aplicación, menor invasividad y número de complicaciones, con respecto a la cirugía clásica.
- Este procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia general o locoregional (excepto niños) por su buena tolerancia, aunque en algunos casos es preciso el uso de sedo-analgésia o anestesia general para mitigar el dolor que pueda existir. El médico me ha advertido que algunos pacientes pueden requerir más de una sesión de tratamiento dependiendo fundamentalmente del tamaño y la dureza del cálculo y que asimismo, en otras ocasiones, puede ser precisa la previa colocación de un catéter (interno o externo). Es imprescindible la ausencia de embarazo en mujeres de edad fértil por el riesgo de irradiación para el feto. Asimismo los pacientes que tomen antiagregantes (Asasantin, Persantin, Disgren, Tiklid, Tromalyt, Aspirina, Okal, etc.) u otros fármacos que actúen sobre la coagulación de la sangre, deben avisarlo previamente porque es necesario suspender el tratamiento unos días antes.
- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como reacciones alérgicas a la medicación intravenosa, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, aparición de náuseas y vómitos que pueden precisar ingreso hospitalario, sangrado por orina (macrohematuria) transitorio que desaparece de forma progresiva y/o hematoma renal o perirrenal, que puede precisar tratamiento médico y/o quirúrgico, dolor marcado y enrojecimiento o hematoma en la zona por donde penetran las ondas de choque, cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos del cálculo. La obstrucción urinaria ureteral por fragmentos puede requerir maniobras instrumentales complementarias, presencia de infección urinaria que puede pasar a la sangre, hipertensión arterial, alteración de la función renal, con disminución e incluso pérdida de la misma. El médico me ha dicho que en caso de precisar un catéter (doble J o similar) para impedir la obstrucción del riñón, éste suele ser bien tolerado aunque produzca, a veces molestias por dolor, sangrado, infección urinaria y, rara vez infección generalizada, ruptura ureteral u otras de más difícil predicción. También me ha advertido que en caso de producirse obstrucción persistente de la unidad renal puede ser necesaria la realización de ureterorenoscopia, con el riesgo de las complicaciones propias de la misma.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.



También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que otras alternativas son la terapia médica y la cirugía abierta o percutánea, pero que en mi caso la mejor opción terapéutica es la litotricia.

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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
LITOTRICIA.

Derecho

Izquierdo

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).