



Consentimiento informado retiro de  
reservorio para quimioterapia

Versión 3.0

## **Consentimiento informado retiro de reservorio para quimioterapia**

## Consentimiento informado retiro de reservorio para quimioterapia

---

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 en mi situación la realización de una intervención quirúrgica de **RETIRO DEL RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPIA.**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende la extracción del reservorio de quimioterapia, puesto que ya no es necesaria su utilización o este se encuentra defectuoso y no cumple su función. Se extrae el reservorio por completo y la cápsula de cicatrización que lo rodea, de igual modo el catéter que estaba en el interior de la vena cava superior.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia general o anestesia local**, y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

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 como sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

.....  
.....

**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 de:

**RETIRO DEL RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPIA.**

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).