



Consentimiento Informado Para
Tratamiento Ablativo Percutáneo
Bajo Eco Y/O Tac Radiofrecuencia O
Alcoholización.

Consentimiento Informado Para Tratamiento Ablativo Percutáneo Bajo Eco Y/O Tac Radiofrecuencia O Alcoholización.

Consentimiento Informado Para Tratamiento Ablativo Percutáneo Bajo Eco Y/O Tac Radiofrecuencia O Alcoholización.

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 ABLATIVO PERCUTÁNEO BAJO CONTROL DE IMÁGENES (ECOGRAFÍA Y/O SCANNER).

INFORMACIÓN

En la mayoría de los casos esto se realiza para tratar tumores hepáticos, y ocasionalmente, en otras localizaciones.

Este procedimiento consiste en la introducción a través de la piel de una aguja, la que bajo visión ecográfica o por tomografía computada, es situada en el centro del tumor, el que es destruido mediante la inyección de alcohol y/o mediante la generación de calor a través de radiofrecuencia.

Se le aplicará una o ambas técnicas dependiendo de su caso en particular.

El procedimiento se lleva a cabo en una sala de ecotomografía o de TAC, que está diseñada específicamente para estas técnicas.

Se le administrará anestesia general dado que el procedimiento es doloroso. Cualquier consulta o preocupación en cuanto a la anestesia general puede consultarla con nuestro anestesista antes del procedimiento.

El personal médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado tanto en lo que respecta a la técnica como en el manejo de las imágenes.

No obstante, en ocasiones pueden producirse complicaciones, siendo la hemorragia la más importante.

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.

Posterior al procedimiento quedará hospitalizado en observación. Puede presentar malestar abdominal, el que la mayoría de las veces desaparece en 24-48 horas.

Debe quedar en control seriado con tomografía computada o resonancia magnética, para vigilar el resultado del tratamiento y la aparición de nuevos tumores.

En ocasiones es necesario realizar más de una sesión de tratamiento, dependiendo de lo que muestren los exámenes de control.

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.

Como persona responsable, autorizo al servicio mencionado y al equipo asistencial a practicar al paciente el procedimiento médico especificado en el anverso de esta hoja y el tratamiento que juzgue oportuno.

Me han informado plenamente sobre el procedimiento, los riesgos y los beneficios. También he leído los detalles del procedimiento y he podido preguntar al médico lo que no tenía claro.



Autorizo también al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso de que se produzcan complicaciones.

He entendido que puedo retirar este consentimiento en el momento en que yo lo desee.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el

TRATAMIENTO ABLATIVO PERCUTÁNEO BAJO CONTROL DE IMÁGENES (ECOGRAFÍA Y/O SCANNER).

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).