



Unidad paciente Critico Pediatría
(UPCP)

Versión 2.0

Consentimiento Informado Unidad
de Pacientes Críticos Neonatología
(UPCN)

Consentimiento Informado Unidad de Pacientes Críticos Pediatría (UPCP)



Consentimiento Informado Unidad de Pacientes Críticos Pediatría (UPCP)

Fecha del consentimiento:.....

Hora:.....

La hipótesis diagnóstica es:.....

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: edad

Con Domicilio en:

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

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

INFORMACIÓN GENERAL

Un paciente puede ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos por varios motivos. Unas veces es porque su enfermedad se ha agravado de tal forma que pone en peligro su vida. Otras veces porque está en una situación clínica de riesgo vital que requiere cuidados especiales, como puede ocurrir a continuación de una intervención quirúrgica.

Para ayudar a mantener en mejores condiciones la vida del enfermo, estas unidades utilizan una serie de procedimientos y técnicas especiales que son las de APOYO VITAL. Los respiradores, las maniobras de reanimación en caso de paro cardíaco, las punciones arteriales y venosas, punción

pleural y lumbar, transfusiones de derivados sanguíneos, o el uso de medicamentos en altas dosis son algunas de ellas.

Estas medidas contribuyen a mejorar la sobrevida de los pacientes en forma decisiva. Sin embargo en algunos casos son invasivas e implican riesgos. No siempre es necesario recurrir a ellas, pero cuando hay que hacerlo, habitualmente reviste una emergencia. En tales casos no suele haber tiempo para discutir su empleo con el paciente o con sus familiares.

Por eso es importante que Ud. conozca desde ya algunos de estos riesgos.

1. La punción pleural, lumbar, venosa y arterial pueden producir hemorragias, infecciones o trombosis. Algunas de estas complicaciones a veces requieren resolución quirúrgica.
2. La ventilación mecánica puede dar lugar a infecciones o a roturas del pulmón que produzcan fuga de aire.
3. El uso de medicamentos que alteran la coagulación sanguínea puede dar lugar a hemorragias. Su gravedad depende de la cantidad y del sitio en que se produzcan.
4. Los medicamentos pueden producir reacciones alérgicas o tóxicas
5. En ocasiones será necesario transfundir a los pacientes con algún hemoderivado y ellas pueden provocar reacciones adversas como fiebre, escalofríos, hipotensión arterial. Si no desea ser transfundido, debe comunicárselo al médico.
6. Al producirse un paro cardiorespiratorio y efectuar maniobras de reanimación, ellas pueden ocasionar lesiones en las costillas, la piel o algunos órganos.
7. Instalación de catéteres venosos centrales: pueden conllevar a neumotórax, trombosis o infecciones.
8. Instalación de sondas: nasogástricas, yeyunal o urinaria, pueden causar sangrados o infecciones.

Los beneficios derivados de las medidas de cuidado intensivo superan en mucho a los perjuicios de sus complicaciones. Todas ellas tienen tratamiento, pero en un mínimo porcentaje de casos pueden ser muy graves e incluso producir la muerte.

Si se adoptan estas medidas es porque se cree que van a ser beneficiosas para el enfermo, pero a veces la evolución de la enfermedad llega a volverlas inútiles y sólo sirven para prolongar una vida sin posibilidad de recuperación

En algunas oportunidades puede ser necesario usar medios para sujeción o contención de los niños para evitar caídas.

El propósito de este documento es informarle de los procedimientos que se utilizan con mayor frecuencia en una Unidad de Cuidados Intensivos así como sus riesgos. Esto es un derecho de cada paciente.

Si desea más información, por favor solicítela a su médico tratante.

CONSENTIMIENTO

He (hemos) sido informados por el Dr. / Dra. quien me ha brindado la oportunidad de ampliar o aclarar esta información.

Don..... y la Sra..... como padres del paciente..... expresan que han comprendido el contenido de este documento y aceptan la puesta en práctica de las medidas que se requieran. Este consentimiento puede retirarse en el momento que lo estimen conveniente.

Nombre y Apellido:.....

Firma El / La Médico:.....

RUT:.....

Nombre y Apellido:.....

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

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: edad

Con Domicilio en:.....

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

SR. /SRA.....
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....
(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo
.....

En(lugar y fecha)

Nombre y Apellido:.....

Firma El / La Médico:.....

RUT:.....

Nombre y Apellido:.....

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

RUT:.....

