

Consentimiento Informado Cambio Generador de Marcapaso Definitivo

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado Cambio Generador de Marcapaso Definitivo

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 quirúrgico de:

CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO DEFINITIVO

INFORMACIÓN GENERAL

La hipótesis diagnóstica, consistente en:

CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO DEFINITIVO

Como es ya de su información, usted es portador de un Marcapaso Definitivo; cuyo Generador o Batería tiene una vida útil de aproximadamente 10 años, en control con su médico tratante se realizan controles periódicos del estado de carga del Generador; una vez que el generador indique en su control que su vida útil está por expirar; se debe realizar el cambio sólo del Generador (batería). Esto es un procedimiento sencillo que se puede realizar en forma ambulatoria o con una noche de hospitalización.

El procedimiento se realiza en pabellón, con analgesia y anestésicos locales. Se le realizará una pequeña incisión en el lugar donde se encuentra su marcapaso actualmente, se retirará el generador antiguo y se cambiará por un nuevo generador que tendrá una vida útil también de alrededor de 10 años.

Los riesgos más frecuentes e infrecuentes, incluyendo aquellos derivados de la administración de analgesia, anestésicos locales y tratamientos farmacológicos consecuencia de todos ellos, además de la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, se encuentran los siguientes:

Frecuentes:

- 1.-Hematoma del sitio de intervención.
- 2.--Dolor en el sitio de la incisión y brazo subyacente

Infrecuentes

- 1.-Infección de herida operatoria.
- 2.-Sangrado.

Por todo lo anteriormente expuesto he decidido que el **CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO DEFINITIVO** es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Los riesgos derivados del rechazo del tratamiento/intervención/procedimiento propuesto, entre los cuales se considera:

- Cese del funcionamiento del Marcapaso definitivo, lo cual implicaría bradicardia, arritmias o cese de la actividad eléctrica del corazón que implicaría un paro cardíaco; mi médico tratante me lo ha explicado claramente.

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

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

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO DEFINITIVO

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).