

Consentimiento Informado Para Extirpación De Tumor Intracavitario

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado Para Extirpación De Tumor Intracavitario

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:

EXTIRPACIÓN DE LESION TUMORAL INTRACARDIACA

INFORMACION

Este procedimiento se realiza mediante la apertura del esternón y la cavidad cardiaca, extirpando o sacando la (s) lesión (es) tumoral (es).

La mayoría de los tumores cardíacos son benignos, pero existe la baja posibilidad de que sea maligno.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y la intervención de la circulación sistémica extracorpórea y es posible (excepcionalmente), que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de 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: sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención, infección superficial de las heridas, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural y del mediastino.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios 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.

Al terminar la cirugía quedara con uno o dos drenajes en el tórax, cuya finalidad es extraer sangre, aire o líquidos que quedan en el mediastino.

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

- Infección herida operatoria, sangrado, accidentes vasculares neurológicos, arritmia, falla renal, falla respiratoria.

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.

He comprendido que esta cirugía es a **corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.**

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de la herida operatoria.
- Sangrado.
- Accidentes vasculares neurológicos.
- Arritmia.
- Falla renal.
- Falla respiratoria.
- Y muy eventualmente la muerte.

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:

EXTIRPACIÓN DE LA LESION TUMORAL INTRACARDIACA

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).