



Consentimiento Informado para
procedimiento de Nefrostomía
Percutánea

Consentimiento Informado Para Procedimiento De Nefrostomía Percutánea

Consentimiento Informado Para Procedimiento De Nefrostomía Percutánea

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 a realizarme una:
NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Esta técnica consiste en la introducción de un pequeño tubo (catéter) a través de la piel, en la región lateral de la espalda, con el fin de extraer la orina acumulada en el riñón.

Este acúmulo de orina se produce por una obstrucción de los conductos que normalmente la conducen desde el riñón hasta la vejiga y uretra.

El acumulo de orina (hidronefrosis) provoca con el tiempo un daño irreversible en la función del riñón. Si la orina está además infectada, existe un gran riesgo de diseminación de las bacterias a la sangre con compromiso de todo el organismo (sepsis). Estas son las principales razones por las que este procedimiento debe realizarse.

La Nefrostomía percutánea se realiza en una sala de radiología vascular intervencionista, controlado por rayos x y ecotomografía, y la lleva a cabo un equipo médico específicamente preparado tanto en lo que concierne a la técnica como a la manipulación de los rayos x.

La totalidad del procedimiento se puede realizar habitualmente sólo con anestesia local y sedación (tranquilizantes), requiriendo en ocasiones anestesia general. Suele durar unas dos horas.

En algún momento del procedimiento es posible que note ciertas molestias que intentaremos que sean mínimas, por lo que le administraremos analgésicos.

Como en toda actuación médica, existen riesgos que usted ha de conocer antes de dar su autorización para que le sea practicado el procedimiento. Los principales riesgos son la hemorragia y la infección. El equipo médico que le atenderá y nuestra clínica disponen de los medios adecuados para tratar estas posibles complicaciones.

Su médico y nosotros le proponemos este tratamiento porque consideramos que el riesgo de dejar la orina retenida en el riñón es muy superior al que comporta esta técnica.

El tubo de drenaje queda conectado a una bolsa externa donde drenará la orina, y habrá de permanecer colocado mientras dure la obstrucción urinaria. Por este motivo será necesario que usted aprenda a vigilar su estado. La Unidad de Radiología Intervencionista le facilitará las instrucciones para mantenerlo siempre en buenas condiciones.

Según el tipo de obstrucción de que se trate, el drenaje podrá ser sustituido al cabo del tiempo por un tubo de drenaje interno, que no queda conectado ni visible por fuera (pig tail anterógrado) que colocaremos a través del mismo orificio del catéter de drenaje. En este caso el médico le informará de esta nueva técnica.

Dado que cada paciente tiene sus peculiaridades, el médico le informará de otros detalles particulares de su caso concreto que no figuren en esta hoja.

No dude en preguntar todo aquello que no le quede claro. El médico encargado de su caso le dará todas las explicaciones que solicite.

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 de acuerdo 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 procedimiento de:
NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

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).