

Consentimiento Informado para Cirugía de Tumor Del Cuerpo Carotideo

Cirugía Vascular Adulto
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Cirugía de Tumor Del Cuerpo Carotideo

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:

TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO

INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, de Tumor de cuerpo carotideo, para glioma carotideo o Glomus carotideo, es de un tumor benigno que se origina a nivel de la bifurcación de la arteria carótida, aunque existe posibilidad de malignidad en menos de 5% de los casos
2. La cirugía consiste en la mayoría de los casos en el control de la arteria carótida en el cuello, reseca el tumor sin tener que reseca la arteria carótida. En algunas ocasiones el tumor puede invadir la arteria lo que hace necesario la resección de esta y su reemplazo con un segmento de vena safena (vena de la pierna) o prótesis vascular para mantener la circulación cerebral. En la realización de esta cirugía puede ser necesaria la utilización de materiales sintéticos para mantener el flujo cerebral durante la operación
3. La decisión de no operar conlleva implícito el aceptar la evolución natural de la enfermedad que implica el crecimiento del tumor y la eventual malignización de este
4. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, Infarto Agudo al Miocardio, Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Neumopatía, entre otras.
5. Dentro de las complicaciones propias de este procedimiento se encuentran:
 - Accidente cerebro vascular de magnitud variable en el intra o en el postoperatorio
 - Trombosis, disección y oclusión de la arteria carótida o de sus ramas
 - Embolias cerebrales
 - Hematoma o hemorragia de la herida operatoria que puede requerir cirugía de urgencia
 - Crisis hipertensiva en el intra o post operatorio, a veces de difícil manejo
 - Infección de la herida operatoria o del material protésico utilizado en la reparación de la arteria
 - Lesión de nervios craneales con secuelas transitorias o permanentes, como disfonía por parálisis de cuerda vocal, alteración de la movilidad de la lengua, alteración de la sensibilidad de la piel del cuello, entre otras.
6. En estas complicaciones, para su solución, se puede requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.
7. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

8. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
9. La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados
10. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudieran derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos
11. Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

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

CONSENTIMIENTO

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

CIRUGÍA DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO

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).