

Consentimiento Informado para Retiro de Prótesis Vasculat

Cirugía Vasculat
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Retiro de Prótesis Vasculat

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:

RETIRO DE PRÓTESIS VASCULAR

INFORMACIÓN

1. El diagnóstico, consistente en material protésico vascular que por desuso o complicaciones propias de su utilización (infección, rotura u otras) tiene indicación de ser retirado.
2. El tratamiento indicado, consiste en el retiro, completo o parcial de la prótesis, pudiendo requerir otros procedimientos adicionales (bypass, reparación y/o ligadura de arterias y/o venas, entre otros) para lograr una adecuada reconstrucción vascular del territorio afectado.
3. Estoy en conocimiento de los riesgos derivados del rechazo del tratamiento propuesto, lo que ocasiona la persistencia de material protésico, hecho que puede significar presencia o persistencia de infección, hemorragia u otras complicaciones, por lo que, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante que el retiro del material protésico es la mejor indicación en este momento.
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) 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, arritmias, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda, embolía pulmonar, neumopatías, entre otras.
5. Dentro de las complicaciones propias del retiro de prótesis vascular se encuentran, entre otras:
 - Trombosis arterial o venosa (arteria o vena que se tapa con coágulos)
 - Insuficiencia Arterial (irrigación sanguínea insuficiente).
 - Infección grave de piel y/o tejidos blandos
 - Sangrado y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica
 - Amputación de la extremidad comprometida, por no lograr restablecer la irrigación arterial.
6. Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una re intervención 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 y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
8. Durante el procedimiento quirúrgico, puede ser necesario diagnóstico anatómico y/o control del funcionamiento de alguna reconstrucción realizada mediante una arteriografía intraoperatoria, que básicamente consiste en la administración de medio de contraste para visualizar vasos sanguíneos bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose

regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes. No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante una prueba de alergia, por lo que si tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente a su médico. La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

9. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
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 complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es infrecuente en este tipo de cirugía.
11. Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

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

COBERTURA CON COLGAJOS

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).