



Consentimiento Informado De
Radiocirugía Para Agresividad

Consentimiento Informado De Radiocirugía Para Agresividad

Consentimiento Informado De Radiocirugía Para Agresividad

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:.....

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de 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)

El Dr. / Dra.

Me ha explicado claramente en qué consiste la situación médica de **mi hijo**, y luego de haber intentado todos los tratamientos médicos y específicamente luego de la evaluación de los especialistas competentes en su caso se ha determinado que es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de su **AGRESIVIDAD**.

En que consiste el procedimiento?

El paciente será sometido a una lesión con radiofrecuencia de determinadas zonas del cerebro que permitirán el control de la agresividad.

Este procedimiento se realiza bajo anestesia general donde se introducen micro catéteres en el cerebro con una guía esterotáxica, en las zonas previstas previamente se realizaran las lesiones que se estimen pertinentes para el manejo de su agresividad.

En suma:

Manifiesto que he sido informado de que como consecuencia de los estudios realizados, se me ha informado que mi hijo presenta un cuadro de agresividad incontrolable por los tratamientos médicos habituales.

Entiendo que el tratamiento ha sido decidido en colaboración por todo el equipo y que será planificado, realizado y vigilado por varios de sus miembros. De forma simultánea o sucesiva, pueden intervenir: médicos, físicos, técnicos y enfermeras.

Excepcionalmente, el día de inicio del tratamiento puede darse alguna circunstancia especial, no previsible previamente, que impida la realización del procedimiento.

He sido informado y advertido de:

1. Los riesgos y consecuencias en el caso de no proceder al tratamiento que me ha sido propuesto.
2. Los riesgos y consecuencias, tanto inmediatas como a medio y largo plazo, por la cirugía que me ha sido propuesta: edema, cefalea, náuseas y/o vómitos, hematomas cerebrales, déficit neurológicos importantes, alteraciones contractuales no previsibles, infecciones tanto intracerebrales como en la zona de acceso quirúrgico.

Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar tanto las complicaciones como su gravedad. Por las enfermedades que padece puede presentar otras complicaciones:

.....

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

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

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **AGRESIVIDAD.**

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).