



Consentimiento Informado Para
La Realización De Un Bypass Extra
Anatómico

Consentimiento Informado Para La Realización De Un Bypass Extra Anatómico

Consentimiento Informado Para La Realización De Un Bypass Extra Anatómico

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 **LA REALIZACION DE UN BYPASS EXTRA ANATÓMICO**

INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, consiste en insuficiente circulación arterial ya sea de las extremidades superiores, extremidades inferiores o arterias que irrigan el cerebro por oclusión de las arterias principales.
2. El tratamiento indicado, que consiste en hacer un bypass mediante el uso de una vena o una prótesis vascular a través de un sitio no habitual por donde cursan las arterias normales (extra anatómico) llevando sangre hacia los segmentos distales a la oclusión.
3. Entre las alternativas se cuentan no hacer nada y observar la evolución natural aceptando la limitación arterial, sus síntomas y sus complicaciones (isquemia y necrosis de tejidos, trombosis, embolias
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, Accidente Cerebro Vascular, Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Neumopatía, entre otras.
5. Dentro de las complicaciones propias de estos procedimientos de bypass extra anatómicos, se encuentran:
 - Trombosis del bypass, (se tapa el bypass con coágulos)
 - Infección del bypass, lo que puede requerir tener que retirar el material protésico utilizado en su realización
 - Sangramiento y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica
 - Amputación de la extremidad comprometida, por no lograr restablecer la condición de insuficiencia arterial existenteEstas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.
6. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
7. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
8. 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.
9. 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
10. 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.

Y el tratamiento propuesto es la realización de un Bypass extra anatómico, que específicamente es:

.....

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 me realice el tratamiento quirúrgico para:

LA REALIZACION DE UN BYPASS EXTRA ANATÓMICO

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).