



Consentimiento Informado Para
Criocirugía Con Nitrógeno Líquido

Consentimiento Informado Para Criocirugía Con Nitrógeno Líquido

Consentimiento Informado Para Criocirugía Con Nitrógeno Líquido

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:
CRIOCIRUGÍA CON NITRÓGENO LÍQUIDO

INFORMACIÓN GENERAL

La Criocirugía es un procedimiento que consiste en la aplicación de frío directa o indirectamente sobre la piel con el fin de producir una destrucción local de tejido en forma eficaz y controlada. En este caso, se utiliza Nitrógeno Líquido como criógeno que alcanza una temperatura de -196°C, mediante un vaporizador portátil.

El Nitrógeno es un gas, presente en el aire, atóxico, no inflamable, no explosivo, claro e inodoro, que como resultado de procedimientos fisicoquímicos se licua, alcanzando temperatura muy baja. Es de uso muy extendido en medicina.

La criocirugía, en general, no precisa de técnica estéril o aséptica, no precisa pabellón, no requiere generalmente el uso de anestésicos.

Reacciones post-operatorias frecuentes:

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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

Y los específicos del procedimiento.

- Aparición de ronchas que pueden durar algunos minutos.
- Edema: puede llegar a su máximo 12 a 24 horas después de la aplicación y que va desapareciendo lentamente.
- Vesiculización: aproximadamente a las 24 hrs., aparición de ampolla tensa y hemorrágica, en ocasiones de gran volumen que se puede romper espontáneamente en 48 hrs. sin dejar habitualmente cicatriz.
- Atrofia de la piel sobre todo en oreja o ala nasal por compromiso de cartílago. Cambio del color de la piel, híper o hipopigmentación que se soluciona de forma gradual y progresiva.
- Si la lesión se sitúa en la cabeza, puede aparecer cefalea.
- Si es en los pulpejos de los dedos puede notarse sensación pulsátil que cede entre 3-4 horas.

Reacciones post-operatorias ocasionales y temporales:

- Edema local más generalizado, sobre todo en zona peri orbitaria.
- Hemorragia temprana.
- Hemorragia tardía.
- Síncope.
- Alteración de las uñas vecinas a sitios tratados. Cicatriz hipertrófica o queloídea.
- Infección.
- Lesión de nervio superficial (raro)
- Híper o hipopigmentación permanente.
- Fiebre.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico y, a veces, pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia (Evacuación de un hematoma, drenaje de un absceso, etc.).

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Qué otras alternativas hay?

Tratamiento quirúrgico convencional de las lesiones.

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 me realice el tratamiento de
CRIOCIRUGÍA CON NITRÓGENO LÍQUIDO

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).