



Consentimiento Informado Para
Extirpación De Lesión Bajo Anestesia
Local

Consentimiento Informado Para Extirpación De Lesión Bajo Anestesia Local

Consentimiento Informado para Extirpación de Lesión Bajo Anestesia Local

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 extirpación de:.....

Con anestesia local

INFORMACIÓN GENERAL

Mediante este procedimiento se pretende la extirpación de su lesión con posterior posibilidad de realizar un estudio Anatomopatológico de la misma.

El procedimiento se realizará bajo anestesia local. Es poco frecuente pero posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Es necesario que advierta a su médico de antecedentes de alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿En qué consiste la extirpación de lesión bajo anestesia local?

Consiste en la infiltración con anestesia local de la zona, seguida de la extirpación total o parcial de alguna lesión cutánea con el fin de eliminar o tomar trozo de tejido para estudio histopatológico

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Riesgos de la extirpación de lesión bajo anestesia local.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables:

Comunes a cualquier intervención:

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

Específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección o hematoma de la herida quirúrgica, lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada, cicatrices retráctiles o antiestéticas, molestias locales, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede llegar a producir shock anafiláctico.

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?

En su caso no existe una alternativa terapéutica eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo 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 extirpación de:

.....
Con anestesia local

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).