



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Fasciotomia

Consentimiento Informado Para Cirugía De Fasciotomia

Consentimiento Informado Para Cirugía De Fasciotomia

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
FASCIOTOMIA

INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, consistente en la presencia SINDROME **COMPARTIMENTAL**, que es el aumento de la presión de los compartimentos de la extremidad, ya sea inferior y/o superior debido generalmente a la presencia de un hematoma, que puede ser secundario a un traumatismo y/o lesión vascular, que está comprometiendo la viabilidad de la extremidad, por el compromiso de la irrigación e inervación de esta.

En su caso el diagnóstico específico es:.....

2. El procedimiento indicado consiste en una cirugía mediante la cual se realiza la descompresión de la extremidad, requiriendo para esto la realización de incisiones de todos los planos hasta la aponeurosis, que es la capa de tejido que envuelve al musculo.

3. Estoy informado de la naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto. 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, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intraoperatorias), respiratorio (neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria) u otras (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias

4. Dentro de las complicaciones propias al procedimiento se encuentran, entre otras, el sangrado, la formación de hematomas, la trombosis (formación de coágulos), la infección y lesión de nervios periféricos.

5. Las complicaciones producto del cuadro originario así como del procedimiento mismo de la Fasciotomía, pueden derivar en serios daños de la irrigación, la inervación y la vitalidad de la extremidad, existiendo la posibilidad, producto de estos daños, de la pérdida de dicha extremidad.

6. El tipo de anestesia requerido para este procedimiento dependerá de la evaluación hecha por el anesthesiólogo, dependiendo del procedimiento mismo y las condiciones y riesgos del paciente.

7. La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

8. La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

9. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.



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.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **FASCIOTOMIA**

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).