



Consentimiento Informado Para
Instalación De Catéter De Peritoneo
Diálisis

Consentimiento Informado Para Instalación De Catéter De Peritoneo Diálisis

Consentimiento Informado Para Instalación De Catéter De Peritoneo Diálisis

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:
INSTALACIÓN DE CATÉTER DE PERITONEODIALISIS

INFORMACIÓN GENERAL

- El Catéter de Peritoneodiálisis le permitirá realizarse diálisis periódicas reemplazando la función de su riñón deteriorado.
- La Instalación de un catéter de peritoneo diálisis es un procedimiento quirúrgico que consiste en colocar un catéter (tubo de plástico especial) dentro de la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión quedando una parte de este exteriorizado para conectarse a la diálisis.
- De no mediar complicaciones este es un procedimiento que no requiere de más de un día de hospitalización pudiendo, en algunos casos calificados, realizarse en forma ambulatoria
- Es posible que durante la cirugía se deban realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, pudiendo requerir de apoyo laparoscópico para proporcionar así un acceso lo más adecuado posible.
- El tipo de anestesia será el indicado por el anesestesiólogo a cargo, dependiendo de cada caso.
- 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 las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes
- (Diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
- Existen complicaciones propias de esta cirugía, como sangrado intrabdominal, lesión intestinal, lesión de vasos sanguíneos, desplazamientos del catéter con fallas de flujo posterior, las que pueden requerir algún tipo de reintervención quirúrgica.

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 conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de los tratamientos

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

INSTALACIÓN DE CATÉTER DE PERITONEODIALISIS

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).