



Consentimiento Informado Para
Retiro De Catéter Tunelizado

Consentimiento Informado Para Retiro De Catéter Tunelizado

Consentimiento Informado Para Retiro De Catéter Tunelizado

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 para:
RETIRO DE CATÉTER TUNELIZADO

INFORMACIÓN

1. La indicación de retirar un catéter tunelizado es el no requerimiento de este para continuar su hemodiálisis por contar con un acceso vascular definitivo (FAV), haber superado la falla renal que motivo su instalación, haber recibido un trasplante renal o encontrarse este con una infección severa.
2. Este es un procedimiento que se realiza en pabellón y que consiste en abordar a través de una mini incisión los cuff de fijación que se encuentran en el trayecto subcutáneo del catéter para luego retirarlo.
3. El tipo de anestesia es habitualmente local, siempre acompañado y vigilado por un médico anestesista, quien de requerirlo usará algún tipo de sedación u otro tipo de anestesia según los requerimientos y condiciones del paciente.
4. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los derivados del procedimiento en si como aquellas complicaciones generales dadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
5. Existen complicaciones propias de este procedimiento, como el hematoma, sangramiento en el sitio de incisión u orificios de exteriorización remanentes del catéter e infección de la herida operatoria. Si bien estas complicaciones son de baja incidencia y la mayoría se resuelven con tratamiento médico, algunas pueden requerir algún tipo de intervención 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 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:

RETIRO DE CATÉTER TUNELIZADO

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).