



Consentimiento Informado para
Cirugía Trasplante Hepático.

Consentimiento Informado para Cirugía Trasplante Hepático

Consentimiento Informado para Cirugía Trasplante Hepático.

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 que mi patología hepática es permanente, irreversible y progresiva y que por lo tanto la mejor alternativa terapéutica para ella es:

CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPATICO

INFORMACIÓN

Durante mi permanencia en el programa seré tratado por un equipo multidisciplinario y no por profesionales específicos aislados, pudiendo ser visto por dos o más médicos cirujanos y ser intervenido por dos o más cirujanos, pertenecientes siempre a la Unidad de Trasplantes.

1.- Riesgos quirúrgicos:

- Trombosis arterial (5%).
- Trombosis venosa (<5%).
- Dehiscencia biliar (<20%).
- Estenosis biliar (<20%).
- Hemorragia post operatoria (<10%).
- Disfunción 1° del injerto (<10%).
- Rechazo celular agudo (50%).

2.- Complicaciones perioperatorias (25-30%):

- Infecciones.
- Colecciones intraabdominales.
- Insuficiencia renal aguda o crónica.
- Neumonía.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Infarto agudo al miocardio.
- Complicaciones neurológicas.

3.- Complicaciones a mediano y largo plazo:

- Retrasplante.
- Infecciones.
- Cáncer.
- Insuficiencia renal crónica.
- Rechazo crónico.
- Recurrencia de enfermedad (VHC 5-50%).

4.- Morbilidad relacionada con inmunosupresión:

- Infección por citomegalovirus (20%).
- Nefrotoxicidad aguda crónica.
- Microangiopatía trombótica.

- Hipertensión arterial.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Elevación de transaminasasa y bilirrubina.
- Litiasis biliar.
- Hirsutismo.
- Hiperplasia gingival.
- Hiperuricemia.
- Hiperlipidemia.
- Hiperglicemia.
- Temblores.
- Convulsiones.
- Neoplasias.
- Infecciones.
- Anorexia.
- Obesidad.
- Acné
- Trastornos gastrointestinales.
- Gastritis y úlcera péptica.
- Osteoporosis.
- Cataratas.
- Glaucoma.
- Depresión.
- Psicosis.
- Fragilidad capilar (hematomas).
- Reacciones anafilácticas.
- Pancitopenia.

En consecuencia he decidido libre y voluntariamente someterme a las evaluaciones y exámenes que la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila considere conveniente. Del mismo modo he sido informado sobre los diferentes riesgos y complicaciones inherentes a la cirugía y derivados de ella, pese a la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, comprendo también que el tratamiento inmunosupresor que debo llevar después del trasplante de por vida conlleva riesgos y complicaciones.



Declaro que he leído este documento y que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, y que los profesionales de la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila me han permitido realizar todas mis observaciones y que han aclarado todas mis dudas, por lo que entiendo el beneficio y los riesgos del tratamiento elegido (Trasplante Hepático).

También se me ha explicado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPATICO

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).