



Consentimiento Informado Para
Tratamiento Anticoagulante Oral
(TACO)

Consentimiento Informado Para Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO)

Consentimiento Informado Para Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO)

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 con **ANTICOAGULANTE ORAL (TACO)**, por la patología de base que yo presento.

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende mantener mi coagulación sanguínea en límites necesarios para evitar cuadros trombóticos y otras patologías que se detallarán más adelante.
- Mediante controles de laboratorio, que serán por periodos que van desde días hasta un mes como máximo, midiendo la Protrombina y el INR (norma internacional para medir coagulación) se monitorizará la adecuada coagulación para mantener el INR entre 2 y 3.
- Él médico me ha advertido que la terapia anticoagulante es de difícil manejo por las interacciones ambientales, alimentarias, de otros fármacos y propias de cada persona con los medicamentos anticoagulantes a usar, por lo que es probable presentar sangramientos, si el INR es mayor de 3 o embolias, si el INR es menor de 2.
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección del anticoagulante indicado y de la dosis calculada, pueden presentarse efectos indeseables, comunes a todo tratamiento médico, con uso de fármacos, como gastritis y alergias.
- Las complicaciones de este tratamiento pueden ser:
 - a) Poco graves y frecuentes: Sangramiento nasal, sangramiento de encías, moretones.
 - b) Poco frecuentes y graves: hemorragias digestivas y de otros órganos incluido el cerebro.

Las patologías que requerirán tratamiento anticoagulante son:

- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Valvulopatía Mitral y/o Aortica.
- Fibrilación auricular.
- Miocardiopatía.
- Bioprótesis Valvulares.
- Accidente cerebro vascular, embolismo sistémico.

La duración del tratamiento va a depender de la patología presentada, y le será comunicada por su médico tratante.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas y otras enfermedades como diabetes, hipertensión, anemia, edad avanzada que pueden aumentar la gravedad de los riesgos del TACO.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe otra terapia para el manejo de la anticoagulación.

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

ANTICOAGULANTE ORAL (TACO)

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).