

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIERRE PERCUTANEO CON AMPLATZER

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Con el objeto de tratar su cardiopatía congénita tipo comunicación interauricular o foramen oval permeable se puede hacer vía cirugía con circulación extracorpórea o con cierre percutáneo con una prótesis tipo Amplatzer. Puede que no conteste todas sus inquietudes, de manera que si tiene dudas no vacile en preguntar, ya que tanto el Médico como el personal de Enfermería estarán siempre dispuestos a responderle.

¿QUÉ ES UN CIERRE PERCUTANEO?

A través de una punción en vena femoral se introduce una guía que permite dirigir la prótesis al lugar de la comunicación que se desea cerrar.

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Se le pedirá que no beba ni coma a lo menos 6 horas antes del procedimiento.

Se le tomarán algunos exámenes de sangre para determinar si su coagulación y si el funcionamiento de sus riñones está bien.

En caso de no ser así el examen puede ser suspendido.

Si es mujer y está embarazada o tiene dudas de si está embarazada, nos lo debe informar de inmediato ya que en estas condiciones el procedimiento no puede realizarse, debido al posible daño que los Rayos X pueden provocar a su bebé.

Será llevado a una Sala de Angiografía en ayunas, con las ingles rasuradas y en suero pasando a través de la vena de un brazo.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

En la sala de angiografía será acomodado descansando sobre sus espaldas, sobre una mesa de rayos donde se encuentra el aparato que toma radiografías. Se le pondrán unos electrodos para monitorizar su corazón. Es posible que se le administre un poco de oxígeno con una pequeña mascarilla en la nariz.

Se le aplicará un desinfectante líquido en las ingles. Luego se colocará sobre usted varias sabanas estériles con el fin de trabajar de manera limpia y evitar infecciones. A partir de este momento usted no debe moverse ni tocar nada con sus manos.

El Equipo Médico estará en todo momento al lado suyo.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

El sitio donde se puncionó la vena será comprimido manualmente por un miembro del equipo durante 10 a 15 minutos para evitar que sangre. Posteriormente en dicho lugar se colocará un vendaje que deberá permanecer por 12 horas. Podrá tomar líquidos y alimentarse pero deberá quedar en reposo absoluto en cama por 12 horas sin doblar la pierna donde tiene el vendaje. En el caso de haber utilizado anestesia regional o general deberá seguir las indicaciones que le dará el Médico Tratante.

POSIBLES COMPLICACIONES

El cierre percutáneo es un examen seguro, sin embargo, durante el procedimiento pueden ocurrir algunas complicaciones que pueden requerir tratamientos adicionales o incluso una operación. La punción de la vena o la introducción del catéter (tubo de plástico) puede provocar daños en ella con formación de coágulos o trombosis.



Excepcionalmente puede producirse una hemorragia interna en el sitio de la punción, puede producirse un hematoma (moretón) que tardarán algunos días o semanas en desaparecer.

La inyección de contraste es igualmente segura. Pero al igual que cualquier sustancia introducida en el cuerpo puede desencadenar reacciones de menor a mayor gravedad. Estas reacciones pueden producirse aún en pacientes sin ningún tipo de antecedente, pero afortunadamente son muy raras. La aparición de alguna reacción de este tipo puede requerir una hospitalización mas larga en unidades especializadas e incluso tener consecuencias fatales.

Nuevamente le indicamos que no vacile en consultar cualquier duda o pregunta que tenga sobre lo anterior. El Equipo Médico responderá y aclarará con gusto todas sus inquietudes.

1.- Por la presente autorizo al Dr:.....
y a su equipo profesional a efectuar al paciente arriba nombrado, las siguientes Operaciones o Procedimientos Médicos, Diagnósticos y/o Terapéuticos:

2.- Se me ha explicado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado declaro haber comprendido perfectamente la naturaleza y propósito del procedimiento y se me ha informado y he comprendido también los beneficios esperados y las eventuales complicaciones (por causas conocidas o desconocidas) propias del procedimiento a emplear, o bien por reacciones de mi organismo.

3.- Reconozco que durante el curso de la Intervención o Procedimiento Médico, condiciones imprevistas pueden necesitar intervenciones adicionales o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo desde ahora, que las mismas sean efectuadas por el profesional antes nombrado, o por quién éste designe a su juicio.

4.- Comprendo asimismo, por haberseme explicado con toda claridad, que la administración de medicamentos drogas para la anestesia y/o de productos de contraste presenta riesgos, y que intolerancia a estas sustancias puede excepcionalmente producir reacciones de gravedad.

5.- Soy consiente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación o procedimiento médico, no me ha sido garantizada la obtención de los mismos, no habiéndose realizado ninguna promesa respecto a resultados o curación.

6.- Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención o procedimiento médico realizados hasta que posea el alta definitiva.

7.- Suscribo el Presente de Conformidad, habiendo sido informado de todos los detalles del procedimiento y luego haber leído y comprendido lo anterior, antes de mi firma.



DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

