

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTALACIÓN FILTRO DE VENA CAVA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO:

OBJETIVO

- Se me ha explicado que este procedimiento evita la migración de trombos (coágulos sanguíneos) desde alguna localización hacia el pulmón, evitando la producción de un cuadro de embolía pulmonar, complicación grave y potencialmente mortal.
- Las principales indicaciones son: 1. Contraindicación de tratamiento anticoagulante. 2. Complicación del tratamiento anticoagulante. 3. Fracaso del tratamiento anticoagulante. 4. Trombo flotante en la vena cava; Pacientes politraumatizados; TEC grave; Cirugías de alto riesgo; Embolía pulmonar recurrente.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que el procedimiento consiste en introducir un dispositivo a través de la punción de una vena en la región cervical o inguinal, avanzando dicho dispositivo hacia la vena cava.
- El filtro de la vena cava es un dispositivo metálico diseñado para evitar la migración de trombos.
- Se utiliza como guía un sistema de monitor conectado a un equipo de rayos X, usando un medio de contraste inyectable que permite localizar el sitio exacto donde se ubica el filtro.
- El uso del medio de contraste tiene complicaciones propias, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación.
- 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 procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, 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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, riesgos poco graves y frecuentes, como: 1. Infección de herida operatoria. 2. Hemorragia intra o postoperatoria. 3. Presencia de hematomas.
- Como otros relacionados directamente con este procedimiento, como: 1. Migración del filtro a un sitio no deseado. 2. Oclusión del filtro por trombos. 3. Formación de pseudoaneurisma o fistulas, producto de la punción de un vaso. 4. Perforación de algún vaso sanguíneo. 5. Deterioro de la función renal, habitualmente transitorio. 6. Infección del dispositivo.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (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

REVOCACIÓN

- 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