

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE MARCAPASO

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Esta operación permite evitarle al paciente que sufra paros cardíacos, o acelerarle el pulso, según sea la enfermedad. Por estas razones se trata de un tratamiento de gran importancia para el paciente, y que incluso le puede salvar de la muerte súbita.
- No hay ningún otro procedimiento quirúrgico que consiga estos objetivos con la seguridad y eficacia de la implantación de un marcapaso.

CARACTERÍSTICAS

- La implantación de marcapaso es una operación con anestesia local, de aproximadamente 1 hora de duración.
- Que implica la colocación de un electrodo estimulador en el interior del corazón y un generador de pulso (muy pequeño) en el tórax, bajo la clavícula.
- El electrodo se coloca a través de una vena, por punción, y no es doloroso.
- Todos los médicos que practican la operación en nuestro servicio, tienen una larga experiencia en hacerla o están adecuadamente adiestrados.
- El cardiólogo especialista que suscribe, se compromete a efectuar el procedimiento según las normas establecidas, con la mayor seguridad posible y poniendo en él lo mejor, aún cuando no pueda garantizar el éxito en un 100%.

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.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica 2. hematoma 3. dolor prolongado en la zona de la operación 4. cicatriz hipertrófica 5. flebitis. 6. arritmias durante el implante.
- 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