

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA INSTALACIÓN CATÉTER PERITONEODIÁLISIS

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

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

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- El Catéter de peritoneodiálisis le permitirá realizarse diálisis periódicas reemplazando la función de su riñón deteriorado.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- La Instalación de un catéter de peritoneodiálisis es un procedimiento quirúrgico, que consiste en colocar un catéter (tubo de plástico especial) dentro de la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión quedando una parte de este exteriorizado para conectarse a la diálisis.
- 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. 4. Sangrado intrabdominal. 5. Lesión intestinal. 6. Lesión de vasos sanguíneos. 6. Desplazamientos del catéter con fallas de flujo posterior.
- 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). .....

RUT. ....

Firma: .....

Sr(a). .....

RUT. ....

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:.....