

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## HEMATOMA EPIDURAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

**IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

El hematoma epidural es una hemorragia venosa o arterial que se sitúa entre el cráneo y la duramadre, complicación que puede ocurrir después de traumatismos craneoencefálicos. La cirugía consiste en una craniotomía con evacuación de hemorragia y control del vaso sangrante y anclaje dural.

**OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

La intervención está indicada en 1. Paciente con síntomas focales o de presión intracraneal elevada; 2. Asintomáticos mayores de 1cm. de anchura; 3. En edad pediátrica mayor agresividad en la indicación quirúrgica; 4. Todos los de fosa posterior

El tratamiento conservador se deja para aquellos casos de hematomas subagudos o crónicos sin efecto masa cuando el estado neurológico es bueno.

**ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

Medicación y reposo con el inconveniente que pueden persistir o empeorar los déficits neurológicos.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

En los casos que está indicado, empeoramiento de los síntomas y progresión de la enfermedad.

**RIESGOS FRECUENTES**

Recidiva del hematoma.

Infección de la herida.

Meningitis.

Infección del hueso.

Lesión cerebral.

**RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE**

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## HEMATOMA EPIDURAL

*ACLARACIONES*  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **HEMATOMA EPIDURAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **HEMATOMA EPIDURAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO