

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HEMORRAGIA CEREBRAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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

Existen diversas causas por las cuales se pueden producir sangrados dentro de la cabeza: traumatismos, ruptura de malformaciones vasculares, hipertensión arterial, etc. En ocasiones, no es posible conocer la causa. Los problemas que provocan estos sangrados dependen de la zona del cerebro afectada y de la magnitud de la hemorragia. En ocasiones la gravedad de la hemorragia es tal, que el paciente puede fallecer en las horas o días posteriores al sangrado a pesar de recibir el tratamiento correcto. Suele hacerse mediante una "craneotomía" (apertura del cráneo y evacuación del hematoma) que requiere una serie de estudios preoperatorios y anestesia general.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

La intención de la intervención quirúrgica es la de evacuar la mayor cantidad posible de hemorragia para evitar o paliar el daño que sufre el cerebro por irritación y compresión. Muchas hemorragias son de gravedad suficiente como para requerir estancias más o menos prolongadas en el Servicio de Cuidados Intensivos o en el de Reanimación.

RIESGOS FRECUENTES

Los riesgos de la intervención son los propios de cualquier anestesia general sumados a los riesgos de aparición de una hemorragia cerebral mayor de la existente, infección y persistencia o empeoramiento del déficit neurológico. El principal determinante de que aparezcan o no complicaciones postquirúrgicas es el estado físico general y neurológico del paciente previo a ser intervenido. Las enfermedades de tipo general (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas o respiratorias, etc.) son también muy importantes de cara a la evolución posterior.

Las secuelas, temporales o permanentes, pueden ser muy diversas y varían en gran medida con el tipo de hemorragia y las características de cada paciente. Solicite al neurocirujano que lleva su caso toda la información que necesite a este respecto.

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

HEMORRAGIA CEREBRAL

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 **HEMORRAGIA CEREBRAL**

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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **HEMORRAGIA CEREBRAL**

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