

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACCESOS VENOSOS



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

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la colocación de un acceso permanente o semipermanente al sistema venoso para facilitar los tratamientos prolongados y reducir las molestias y complicaciones.

Se realiza una incisión (herida) por debajo de la clavícula y se coloca el receptáculo, que servirá de acceso a sus venas. Por punción de la vena subclavia se accede a la vena cava superior, donde debe quedar la punta del catéter (tubo de plástico). El procedimiento de colocación del catéter se controla con Rayos X. Se cierra la pequeña incisión de piel de forma habitual.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Disminuirá el número de punciones. Eliminará las flebitis (inflamación, trombosis y fibrosis de las venas). Facilitará la realización de los tratamientos y hará que estos puedan realizarse, en la medida de lo posible, sin hospitalización.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Las punciones venosas clásicas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Generalmente bien tolerado. Sólo una pequeña cicatriz subclavicular y un pequeño resalte en la piel.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Continuará con las punciones venosas clásicas, con posibilidad de permanecer internado.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Posibilidad de neumotórax (entrada de aire entre el pulmón y la caja torácica) por punción accidental del pulmón. Requiere ingreso hospitalario y la colocación de un tubo de drenaje torácico. Posibilidad de hemotórax (sangrado en el interior de la caja torácica). Requiere ingreso hospitalario y colocación de un tubo de drenaje torácico. Puede requerir de una toracotomía (abrir el tórax) para su reparación. Infección del implante, que requerirá de tratamiento antibiótico y retirada del implante. Puede requerir dejar la herida abierta.

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

ACCESOS VENOSOS

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 **CIRUGÍA ACCESOS VENOSOS**

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 **CIRUGÍA ACCESOS VENOSOS**

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