

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA AORTO ILIACA



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	Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones complementarios oportunas y hemos encontrado una enfermedad en sus arterias que impiden que llegue sangre con facilidad a sus extremidades inferiores. Según lo avanzado de su enfermedad puede presentar dolor al andar, dolor en reposo e incluso lesiones tróficas de los pies que pueden evolucionar hacia la gangrena. La intervención que se le propone consiste en la apertura del abdomen y de una o las dos ingles e implantar una prótesis artificial para sustituir a las arterias enfermas.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante dicha intervención se pretende restituir la circulación a las extremidades inferiores. Los beneficios que se esperan alcanzar en su caso con esta técnica, es que pueda caminar mejor, no tenga dolor en reposo, la cicatrización de las lesiones de los pies, evitando de esta manera la amputación de la extremidad.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	La única alternativa razonable es el tratamiento endovascular, pero en su caso no es posible realizarlo. Otra alternativa sería el tratamiento conservador y esperar que la enfermedad no evolucione en forma desfavorable.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Esperamos que en su caso la intervención se desarrolle de manera favorable y pueda externarse en un término de 7-8 días.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	En caso de no llevarse a cabo la intervención, los riesgos a los que usted se expone son los habituales en esta patología: dolor al caminar, dolor en reposo, aparición o empeoramiento de lesiones en los pies, y posiblemente la instauración de una gangrena que requiera la amputación del miembro.
RIESGOS FRECUENTES	<i>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Los riesgos frecuentes de esta cirugía son: Locales: hematomas inguinales, hemorragias postoperatorias a través de las femorales, trombosis del injerto, embolización distal, infección del injerto o de las heridas operatorias, que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía. Generales: Infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, neumonía, insuficiencia renal, isquemia cerebral, embolia pulmonar, trombosis venosa profunda.</i>
RIESGOS POCO FRECUENTES	Hay otra serie de riesgos poco frecuentes totalmente imprevisibles que siempre hay que contemplar: infecciones urinarias, flebitis superficiales, escaras por reposo prolongado en cama.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA AORTO ILIACA

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 AORTO ILIACA**

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 **CIRUGÍA AORTO ILIACA**

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