

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA ENDOVASCULAR DE REVASCULARIZACION



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO 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 hemos realizado los procedimientos complementarios oportunos encontrando una enfermedad en sus arterias que impiden que la sangre llegue correctamente a sus miembros inferiores. Según lo avanzado de su enfermedad puede presentar dolor al caminar, en reposo, e incluso lesiones tróficas en los pies que pueden evolucionar a una gangrena. La intervención que se le propone es recanalizar o ensanchar las arterias mediante un cateterismo a través de la arteria femoral y colocar un stent (prótesis metálica) si fuera necesario.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante esta intervención se pretende que la sangre llegue a sus extremidades inferiores. Los beneficios que se esperan alcanzar es que no presente dolor al caminar ni en reposo, lograr 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 probable sería el tratamiento quirúrgico pero en su caso el riesgo quirúrgico es más elevado. Otra alternativa sería el tratamiento conservador y esperar que la enfermedad no evoluciones de manera desfavorable.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Esperamos que la intervención se desarrolle en forma favorable y que pueda ser externado en 24 horas.
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 en reposo y al caminar, aparición o empeoramiento de las lesiones de los pies, posiblemente la instauración de una gangrena que requiera una amputación.
RIESGOS FRECUENTES	Locales: hemorragias inguinales, hemorragias post-operatorias, trombosis de prótesis, embolización distal, que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía. Generales: Infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Hay otra serie de riesgos imprevisibles pero que hay que contemplar: infección urinaria, escaras de decúbito por reposo prolongado en cama, etc
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

CIRUGIA ENDOVASCULAR DE REVASCULARIZACION

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 ENDOVASCULAR DE REVASCULARIZACION**
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 ENDOVASCULAR DE REVASCULARIZACION**
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