

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## REVASCULARIZACION BY PASS



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 estudios complementarios oportunos, encontrando una enfermedad en sus arterias que impide que la sangre llegue con facilidad a sus extremidades inferiores. Según lo avanzado de s enfermedad puede presentar dolor al caminar, dolor en reposo o lesiones tróficas de los pies que pueden evolucionar a gangrena. La intervencion que se le propone es desobstruir las arterias o implantar un puente(by-pass) con su propia vena o un injerto sintetico.

**OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

Con dicha técnica se pretende que llegue sangre a los pies. Los beneficios que se esperan alcanzar con esta técnica es que pueda caminar mejor, no tenga dolor de 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 hemos considerado que en su caso no es posible realizarlo.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Esperamos que en su caso laintervencion se desarrolle satisfactoriamente y pueda darse el alta en 6 a 7 días

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

En caso de no llevarse a cabo la cirugia los riesgos son continuar con dolor en reposo, aparicion o empreoramiento de las lesiones de los pies y posiblemente la instauracion de una gangrena, que puede motivar la necesidad de amputacion de la pierna.

**RIESGOS FRECUENTES**

Locales: Hematomas inguinales, hemorragias postoperatorioas, trombosis del injerto, embolizacion distal, infeccion del injerto o de las heridas que requieren intervencion temprana o tardia.

**RIESGOS POCO FRECUENTES**

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser graves. Pueden requerir alguna reintervencion, con riesgo minimo de mortalidad.

**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

## REVASCULARIZACION BY PASS

**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 REVASCULARIZACIÓN BY PASS**

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 REVASCULARIZACIÓN BY PASS**

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