

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.- DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE DE MARCAPASOS CARDÍACO PERMANENTE

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lentas o rápidas), o de la conducción cardíaca (bloqueos).

Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y un cable-electrodo intravenoso e intracardiaco mediante una pequeña operación.

Sirve para mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

##### CÓMO SE REALIZA

El paciente permanece tumbado y consciente, aunque sedado, durante la intervención. Se realiza con anestesia local habitualmente bajo la clavícula o en la axila. Debajo de la piel de dicha zona se coloca el aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos. Del generador salen uno o dos cables (electrodos) muy finos y flexibles que se introducen por una vena y se hacen llegar hasta dentro del corazón. Todo el proceso se hace bajo control radioscópico. Una vez comprobado

el correcto funcionamiento del marcapasos (generador y electrodos) se cierra la herida producida con puntos de sutura. Tras la implantación el paciente debe permanecer en reposo varias horas.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El efecto inmediato después de implantar el marcapasos definitivo es la recuperación de los latidos cardíacos de la forma más parecida a los de un corazón sano, dentro de las posibilidades de cada caso.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Una vez que el paciente recupere su ritmo cardíaco normal o sea sustituido por el ritmo del marcapasos, se debe producir una recuperación o mejoría clínica importante.

#### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

##### • LOS MÁS FRECUENTES:

Los riesgos son escasos y leves como:

- Molestias en la zona de implante del generador y hematoma.

##### • LOS MÁS GRAVES:

En muy raras ocasiones puede producirse:

- Neumotórax.

- Hemorragia que precise transfusión.

- Infección.

- Trombosis venosa o intracardiaca.

- Embolia pulmonar o perforación cardíaca.

- El riesgo de muerte es excepcional.

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No debe llevarse a cabo el implante de un marcapasos definitivo en las siguientes circunstancias:

- presencia de una infección aguda,

- presencia de alteraciones de la coagulación,

- tratamiento anticoagulante a dosis que dificulten la cicatrización o exponga al paciente a un mayor riesgo de sangrado o hematoma.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## **II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

#### **DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña ....., autorizo a la realización de esta intervención, comprendiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

#### **MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

#### **RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña....., no autorizo a la realización de esta intervención. Comprendo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

#### **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña....., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Comprendo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....