

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 CIRUGIA DEL PERICARDIO

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

La intervención a la que usted va a someterse pretende intervenir el pericardio, ya sea para drenar un derrame (líquido) que comprime el corazón, para obtener biopsia o para reseca alguna lesión tumoral o quística que se ubique en él.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos se informa en los documentos de los servicios de hematología y anestesiología.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Cicatriz torácica. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias. Arritmias o manifestaciones cardíacas. Acumulación de líquido en una o ambas cavidades pleurales.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La liberación de la compresión cardíaca en el caso del derrame, que permitirá mejorar su función. Obtener muestra para estudio de líquido o tejido, para orientar de manera adecuada el tratamiento que requiere su enfermedad. En caso de tumores o quistes, la extracción para prevenir complicaciones y estudiarlos.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier acción 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. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES

- Sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención.
- Infección superficial de las heridas.
- Acumulación de líquido en una o ambas cavidades pleurales según sea la intervención.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Infección de la cavidad pleural (empiema) o del pulmón (neumonía)

• LOS MÁS GRAVES

Son excepcionales:

- Sangrado masivo por lesión cardíaca.
- Infección del saco pericárdico y/o de la cavidad pleural que se haga generalizada (sepsis) y ponga en riesgo su vida.
- pérdida de función ventilatoria por lesión inadvertida de nervio frénico, lo que genera parálisis en el diafragma de ese lado

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

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.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

| | |
|---|------------|
| En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento | |
| Apoderado: _____ | Rut: _____ |

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

| | |
|---|-----------------------|
| En caso de DENEGACION O REVOCACION | |
| _____ Firma Paciente o Apoderado | _____ Firma Médico |