

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 EXTRACCIÓN DE LÍQUIDO ASCÍTICO O PARACENTESIS

.....
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

El procedimiento al que usted va a someterse consiste en realizarle una punción (pinchazo) con una aguja en su abdomen, lo que permitirá la extracción de líquido ascítico (acumulación de líquido en el abdomen) del interior de la cavidad abdominal para su análisis. Con este procedimiento podremos conocer la causa de la enfermedad que padece (paracentesis diagnóstica). En otros casos, tendrá un objetivo terapéutico (paracentesis evacuadora), cuya finalidad es eliminar el líquido que tiene acumulado dentro de su abdomen.

CÓMO SE REALIZA

Se le realizará acostado sobre su espalda (decúbito supino) en una cama o camilla. El médico especialista encargado de su realización le desinfectará la zona donde le va a puncionar con un antiséptico (povidona yodada generalmente). En los casos que lo considere su médico oportuno, éste podrá aplicarle en la zona de punción un poco de anestesia local. Una vez realizado esto, le realizará la punción para extraerle líquido, generalmente en la parte inferior izquierda de su abdomen. En determinados casos, en los que no se obtenga líquido en las condiciones habituales en este punto, su médico podrá buscar otros puntos de su abdomen donde poder realizar la punción mediante una ecografía abdominal

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Podrá sentir un ligero dolor pasajero en la zona de punción, que es perfectamente tolerable.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Si es una paracentesis diagnóstica, ayudará a su médico a orientar el diagnóstico de su enfermedad.

Si es una paracentesis evacuadora, notará un claro alivio de sus molestias abdominales debida a la distensión abdominal producida por el líquido acumulado en su abdomen, permitiéndole respirar y comer mejor, así como descansar mejor por la noche

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

No hay otras alternativas más efectivas a la paracentesis diagnóstica

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:

Dolor leve y pasajero en la zona de punción.

Pequeño hematoma o “cardenal” en la pared en la zona de punción, que suele desaparecer en varios días.

• LOS MÁS GRAVES:

Reacción alérgica al anestésico local en caso de emplearlo.

Hemoperitoneo (hemorragia intraabdominal), generalmente por puncionar algún vaso sanguíneo de importancia. Esto es muy raro si se tienen bien los niveles de plaquetas y coagulación sanguíneas que usted presente. Para ello, su médico antes de la punción le habrá realizado un control reciente de estos parámetros, en especial cuando tenga que ser sometido a una paracentesis evacuadora (extracción de líquido).

Punción de vísceras intraabdominales (bazo, asas intestinales, vejiga, etc): si esto se produjera durante la paracentesis diagnóstica lo habitual es que no tenga repercusiones clínicas relevantes.

Infeción intraabdominal.

Entrada de aire en la cavidad abdominal (neumoperitoneo).

Alguna de estas complicaciones puede necesitar ocasionalmente de tratamiento médico o quirúrgico.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Alteraciones de coagulación: Puede existir más riesgo de hemorragia si se toman antiagregantes o anticoagulantes. Se deben tomar precauciones al respecto. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada.

Enfermedad hepática: La existencia de complicaciones de la enfermedad del hígado, si existe, y el grado de alteración de la función hepática pueden modificar la gravedad de los riesgos y complicaciones.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones.

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 la misma 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 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.

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

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo 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