

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

FL-CDM-12

Rev.04

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

El objetivo es eliminar la necesidad de una sonda nasoenteral prolongada y a través de esta suministrar al paciente alimentación enteral.

### CARACTERÍSTICAS DE LA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA (En qué consiste)

Este es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la introducción a través de la pared abdominal anterior de un catéter especial, el cual quedará dentro del estómago, para a través de él suministrar alimentación enteral, generalmente en forma de papillas, por un tiempo prolongado. Este catéter de gastrostomía puede más adelante ser cambiado por otro de mayor calibre si así se requiere.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en raras ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia y la infección: sea local en el sitio del catéter, o sistémica (sepsis) y el retiro accidental del catéter o sonda por tracción.

- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

FL-CDM-12

Rev.04

### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Gastrostomía Percutánea**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Gastrostomía Percutánea**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Gastrostomía Percutánea** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

### REVOCAACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)