

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-144

By Pass Femoropoplíteo u otro By Pass Periférico

Rev. 02

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

Corregir quirúrgicamente la obstrucción o el aneurisma arterial de la región afectada.

CARACTERÍSTICAS DEL BY PASS FEMOROPOPLITEO U OTRO BY PASS PERIFERICO (En qué consiste)

En instalar una prótesis vascular de alta tecnología o un conducto natural (vena) entre la Arteria Femoral por la parte superior y la Arteria Poplítea u otras arterias por el extremo inferior. Si corresponde, se elimina el Aneurisma.

RIESGOS POTENCIALES DEL BY PASS FEMOROPOPLITEO U OTRO BY PASS PERIFERICO

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto son los siguientes.

MUY POCO FRECUENTES

- Sangramiento a nivel de la prótesis, que puede requerir reparación quirúrgica.
- Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas o infección.
- Infarto del Miocardio, dependiente de lesiones de arterias coronarias preexistentes.
- Accidente Vascular Cerebral, dependientes de lesiones preexistentes de arterias Carótidas Vertebrales o Cerebrales; isquemia de médula y parálisis.
- Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o el daño aórtico comprometa las arterias renales.
- Isquemia de la extremidad, por compromiso arterial inferior.
- Embolias periférica a piernas, (desprendimiento de trozos de coágulos del aneurisma e ir por la circulación a las piernas)
- Atelectasia pulmonar, (compresión de segmentos de pulmón por mala respiración) e Insuficiencia Respiratoria.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.
- Eventuales zonas de necrosis que pueden requerir de amputación.

MAS FRECUENTES

Dolor y Edema en la región operatoria.

En todo caso, estas complicaciones tienen baja incidencia y las posibilidades que el tratamiento sea exitoso son altas.

La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados a los tratamientos adicionales.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Como alternativa para el tratamiento de estas lesiones en algunos casos se pueden realizar técnicas endovasculares (con catéteres por dentro de las arterias)

También podemos NO actuar sobre la arteria enferma y solo tratar de mejorar los síntomas con medicinas, ejercicios y un régimen de vida más sano, sin embargo en mi caso la mejor opción es la cirugía.

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

By Pass Femoropopliteo u otro By Pass Periférico

FL-CDM-144
Rev. 02

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

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)

un **By Pass Femoropopliteo u otro By Pass Periférico**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **By Pass Femoropopliteo u otro By Pass Periférico**

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 un **By Pass Femoropopliteo u otro By Pass Periférico** 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)

REVOCACION:

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)