

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-148

Recambio Batería Marcapaso

Rev.01

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

Reactivación de marcapaso disfuncionante a través de recambio de generador.

Abordaje por incisión previa retiro de generador disfuncionante e introducción de nuevo generador ajuste de voltaje de marcapaso. Homostasia. Cierre por planos

RIESGOS POTENCIALES DEL RECAMBIO BATERÍA MARCAPASO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos Indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y Sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad entre otros)

En relación con las complicaciones específicas del procedimiento puede existir riesgo de: Infección de herida, acumulación de líquido seroso dentro de la herida (seromas), sangramiento con salida de sangre por herida o formación de hematomas o equimosis en zona operatoria. Lesión de vasos sanguíneos asociado a la instalación, Arritmias, desplazamiento del catéter, endocarditis Bacteriana, entre otras.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Por el momento no existen otras alternativas salvo uso de Marcapaso externo transitorio en caso de agotamiento brusco de la batería que implicaría la necesidad de hospitalización e intervención de urgencia con el consiguiente riesgo vital asociado.

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.**

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-148

Recambio Batería Marcapaso

Rev.01

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 **Recambio Batería Marcapaso**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Recambio Batería Marcapaso**

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 **Recambio Batería Marcapaso** 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)