

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-23

By Pass Aórtico, Aórtico Iliaco o Aorto Femoral

Rev.24

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 un AURISMA de la arteria Aorto Iliaca, o Femoral, uni o bilateral.

CARACTERÍSTICAS DEL BY PASS AORTICO, AORTICO ILIACO O AORTO FEMORAL (En qué consiste)

En instalar una prótesis vascular de alta tecnología entre la Aorta a nivel Abdominal por la parte superior y la Aorta distal o las Arterias Iliacas o Femorales por el extremo inferior. Si corresponde, se elimina el Aneurisma.

RIESGOS POTENCIALES DEL BY PASS AORTICO, AORTICO ILIACO O AORTO FEMORAL

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, junto, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, propuesto son los siguientes:

- Sangramiento a nivel de la prótesis, que puede requerir reparación quirúrgica.
- Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas o infección.
- Hernias de la herida operatoria a futuro.
- 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 del colon, (poca irrigación del colon), por compromiso de arteria mesentérica inferior.
- Embolias periféricas a piernas, (desprendiendo de trozos de coágulos del aneurisma e ir por la circulación a las piernas).- Impotencia, (dificultad para la erección del pene), secundaria a la disección quirúrgica alrededor de la aorta.
- Atelectasia pulmonar, (compresión de segmentos de pulmón por mala respiración) e Insuficiencia respiratorias.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: Tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

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

Las alternativas de tratamiento médicamente indicada, que consiste en Cirugía de la obstrucción aorto ilíaca. Entre las alternativas se cuentan: No hacer nada y aceptar la evolución natural de la enfermedad, sin embargo en su 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.

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

FL-CDM-23

By Pass Aórtico, Aórtico Iliaco o Aorto Femoral

Rev.24

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 Aórtico, Aórtico Iliaco o Aorto Femoral**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **By Pass Aórtico, Aórtico Iliaco o Aorto Femoral**.

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 Aórtico, Aórtico Iliaco o Aorto Femoral** 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)