


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-28
	Endarterectomía Carotídea y Cirugía de Troncos Supraaorticos	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

Reparar la estenosis que se presenta en algún tramo de las arterias que aportan sangre a sus extremidades superiores o a su cerebro, causado principalmente por la aterosclerosis, aunque también pueden existir otras causas como fibrodisplasias, traumatismo, infecciones, radiaciones., etc.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA Y CIRUGIA DE TRONCOS SUPRAAORTICOS

(En qué consiste)

Existen diversas opciones para eliminar las estenosis en sus arterias: endarterectomía, by-pass, reimplante de arterias,...y su objetivo es eliminar la placa de ateroma que produce la estenosis causantes de sus síntomas.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificación es del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Su médico ha evaluado la opción de cirugía endovasculares con stent y la ha descartado en su caso.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA Y CIRUGIA DE TRONCOS SUPRAAORTICOS

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...) y los específicos del procedimiento:

- Accidentes isquémicos transitorios o hemiplejías del lado contrario a la cirugía. Cambios en el tono de la voz, relacionado con la lesión de nervios periféricos que pasan por la zona intervenida,
- Desviación de la comisura de la boca,
- Dificultad para tragar sólidos o líquidos, etc. Estas complicaciones suelen presentarse durante el
- acto quirúrgico o en los días inmediatamente posteriores.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una re 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.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos médicos y profesionales de este Centro estarán atentos para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamientos farmacológicos con antiagregantes e hipolipemiantes así como en determinado casos se puede realizar una angioplastia (dilatación con un catéter con balón) o implantar un stent.


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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-28
	Endarterectomía Carotídea y Cirugía de Troncos Supraaorticos	Rev. 04

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)

una **Endarterectomía Carotídea y Cirugía de Troncos Supraaorticos.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Endarterectomía Carotídea y Cirugía de Troncos Supraaorticos.**

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 **Endarterectomía Carotídea y Cirugía de Troncos Supraaorticos.** 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)