

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-31

Implante de Marcapaso Resincronizador

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

Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón y mejorar la calidad de su contracción, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

CARACTERÍSTICAS DEL IMPLANTE DE MARCAPASO RESINCRONIZADOR (En qué consiste)

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lento o rápido), o de la conducción cardíaca (bloqueos) especialmente en aquellos con insuficiencia cardíaca. Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y cables-electrodos intravenoso e intracardiaco mediante una pequeña intervención quirúrgica.

El paciente permanecerá acostado y consciente, sedado, para que no tenga dolor. Se coloca debajo de la piel de dicha zona un pequeño aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une a dos o tres cables (electrodos), según los casos, muy finos y flexibles. Estos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico, habitualmente se colocan en la aurícula derecha, ventrículo derecho y seno coronario. Una vez comprobado el correcto funcionamiento del marcapasos se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. Después de la implantación el paciente deberá permanecer en reposo varias horas.

RIESGOS POTENCIALES DEL IMPLANTE DE MARCAPASO RESINCRONIZADOR

Los riesgos son escasos y leves (molestias en la zona de implantación del generador, hematoma) y pocas veces son relevantes (neumotórax, hemorragia que precise transfusión). Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o intracardiaca, embolia pulmonar, sepsis, etc.), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá está especialmente entrenado para la ejecución de estos procedimientos. El pabellón o la sala de cateterismo están equipada con sistema de control de variables fisiológicas del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc.). Por lo que usted estará permanentemente bajo control de este equipo, luego de leer este consentimiento, puede usted preguntar y aclarar cualquier duda con su médico tratante.

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 Implante de Marcapaso Resincronizador

FL-CDM-31

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)

un **Implante de Marcapaso Resincronizador**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Implante de Marcapaso Resincronizador**

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 **Implante de Marcapaso Resincronizador** 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)