

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-36

Aneurisma Aórtico Abdominal

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

Reparación quirúrgica de la dilatación anormal que sufre la arteria AORTA.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL (En qué consiste)

Se me ha explicado que tengo un Aneurisma Aórtico Abdominal, es decir, una dilatación anormal, como un globo, permanente y progresiva de la aorta abdominal, que a veces se prolonga a las arterias ilíacas, enfermedad que conduce inexorablemente a la rotura produciendo una hemorragia masiva y generalmente mortal. Me informan que se debe operar para evitar este riesgo. La operación consiste en abrir el aneurisma y reemplazar la zona de aorta dañada por una prótesis vascular, que se sutura en los extremos sanos.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Se pueden mencionar entre otras:

- 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 y/o vertebrales.
- Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o el aneurisma comprometa las arterias renales.
- Isquemia del colon, (poca irrigación del colon).
- Embolias periféricas a piernas, (desprendimiento 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).

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La alternativa de tratamiento propuesta consiste en Cirugía del Aneurisma Aórtico Abdominal, para reparar el aneurisma mediante el implante de una prótesis vascular.

Entre las alternativas se cuentan: No operar y aceptar el riesgo de ruptura consecuente; reparar el aneurisma mediante una prótesis endovascular.

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-36

Aneurisma Aórtico Abdominal

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)

una **Aneurisma Aórtico Abdominal**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Aneurisma Aórtico Abdominal**.

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 **Aneurisma Aórtico Abdominal** 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)