

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-50

Cesárea

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

Mediante este procedimiento se pretende el nacimiento del feto por la forma que cause menos perjuicios a él y a la madre, es decir, se busca la máxima seguridad para ambos.

CARACTERÍSTICAS DE LA CESÁREA (En qué consiste)

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. Para llegar al útero se ha de realizar una intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CESÁREA

Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización el uso de la cesárea puede presentar efectos indeseables derivados de que con ella se resuelve un parto como:

- Hemorragia, atonía uterina, endometritis.

Dado que es un procedimiento quirúrgico también puede producir complicaciones como:

Fiebre, infección de la herida, serosas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia o eventración posquirúrgica.

Riesgos poco frecuentes

Ocasionalmente pueden presentar efectos más graves como el trastorno de la coagulación sanguínea (CID) e infección generalizada. Téngase presente que los riesgos son tanto más frecuente cuanto menor es su gravedad, lo que significa que cuadros como la CID (Coagulación Intravascular Diseminada) o la infección generalizada son muy raros.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Según los conceptos actuales de la Perinatología, este es el procedimiento menos lesivo y el que produce mejores resultados en la asistencia al parto, para los dos sujetos en él implicados. (Madre y RN)

No está exenta de unos riesgos razonables puesto que en ella se aúnan un parto (ya que de una modalidad de este se trata) y de una intervención quirúrgica.

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-50

Cesárea

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 **Cesárea**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cesárea**.

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 **Cesárea** 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)