

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-172

Orden de no Reanimar

Rev.00

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

- El objetivo de este formulario es informar a familiares y pacientes sobre las directrices en el manejo de la patología terminal o fin de la vida.
- Dar esta información al equipo de trabajo de Hospital Clínico Viña del Mar.
- Entregar los conceptos adecuados sobre la oportunidad terapéutica.

### DEFINICIONES

#### TIPOS DE PACIENTES:

- **PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL:** Se define como una situación de enfermedad crónica avanzada e irrecuperable.
- **PACIENTE EN AGONÍA:** Se refiere a un paciente con una situación de muerte inminente e inevitable, en que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte.
- **CUIDADO PALIATIVO (OMS):** Constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.
- **PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA:** Conjunto de medidas que determinan los alcances terapéuticos de acuerdo al pronóstico del enfermo y la decisión de este de requerir o no terapias invasivas estando competente. Los límites terapéuticos deben ser definidos entre el equipo médico, el paciente y su familia.
  - **Adecuación al esfuerzo terapéutico (AET):** Corresponde al ajuste de medidas que se consideran desproporcionadas para un paciente de acuerdo a su pronóstico a corto y largo plazo, considerando la utilidad real de las medidas propuestas con énfasis en evitar la obstinación terapéutica y evitar el sufrimiento del paciente. Principio: proporcionalidad.
  - **Limitación del esfuerzo terapéutico (LET):** Corresponde a establecer un límite en la aplicación de medidas terapéuticas vigentes y su progresión de acuerdo con el pronóstico inmediato del paciente, su calidad de vida o los deseos planteados por el mismo previo a su hospitalización.

#### RIESGOS Y ALCANCE:

- **Pacientes de Bajo Riesgo:** (riesgo manejable en sala no UCI) diagnósticos recuperables, Pacientes Apache II < 10 pts, ESP: Sano- Clase Massachusetts A, Órganos en Falla <2.
- **Fuera de Alcance Terapéutico:** (muy mal para recuperarse) Diagnósticos irrecuperables y/o Clase Massachusetts C-D; Apache II > 30 pts, Sofa >12 pts. Órganos en Falla >2-Invalidados previos-Mc Cabe >2. Los pacientes demostradamente terminales (Fuera de Alcance) o en quienes existen evidencias de que el uso de la terapia intensiva no cambiará su pronóstico debido a su diagnóstico de origen o porque la oportunidad de manejo se haya perdido previamente quedarán excluidos de la admisión.
- **Directivas previas:** Los pacientes que en uso de su autonomía previamente han señalado su voluntad de no ingresar a UCI estado competentes.
- **Paciente con enfermedad terminal:** el cual él y su familia están de acuerdo en realizar un manejo conservador asumiendo el desenlace.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-172

Orden de no Reanimar

Rev.00

### CLASIFICACIÓN MASSACHUSETTS:

	A	B	C	D
REANIMACION CARDIOPULMONAR	+	SEGUN EVOLUCION	NTBR*	NTBR*
TECNICAS INVASIVAS    O EXTRAORDINARIAS	+	+	-	-
TRATAMIENTO ETIOLOGICO    Y SINTOMATICO	+	+	+	-
TRATAMIENTO DE CONFORT	+	+	+	+

• NTBR: [Not To Be Reanimated](#)

CLASIFICACIÓN MASSACHUSETTS:

### TIPOS DE LINEAMIENTOS:

	SI	NO
REANIMACION CARDIOPULMONAR		
TECNICAS INVASIVAS    O EXTRAORDINARIAS		
TRATAMIENTO ETIOLOGICO    Y SINTOMATICO		
TRATAMIENTO DE CONFORT		

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 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 lo descrito en este documento.

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.

Y en tales condiciones

#### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación o  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

en la situación de mi familiar a dar **ORDEN DE NO REANIMAR**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se dé **ORDEN DE NO REANIMAR**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-172

Orden de no Reanimar

Rev.00

### 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 la **ORDEN DE NO REANIMAR** 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 la indicación de **No Reanimar**

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)