

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-113

Colocación de Doble J (PIG TAIL)

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 drenar adecuadamente el riñón.

CARACTERÍSTICAS DE LA COLOCACIÓN DE DOBLE J (PIG TAIL) (En qué consiste)

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se coloca un catéter interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio con un gel anestésico en uretra, que minimiza las molestias y las hacen totalmente tolerables. Está indicada para resolver problemas de obstrucción del uréter. Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección.

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

RIESGOS POTENCIALES DE LA COLOCACIÓN DE DOBLE J (PIG TAIL)

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:

- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias impredecibles.
- Perforación ureteral con riesgo de sangrado.
- Infección.
- Reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias impredecibles, que pueden precisar nueva intervención o manipulación.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solución.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo del riñón, pero en su caso, lo más aconsejable es la colocación de doble J.

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-113

Colocación de Doble J (PIG TAIL)

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 **Colocación de Doble J (PIG TAIL)**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Colocación de Doble J (PIG TAIL)**.

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 **Colocación de Doble J (PIG TAIL)** 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 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)