

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-115

Litotricia

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 la eliminación de los cálculos urinarios o la reducción de su masa litiásica.

CARACTERÍSTICAS DE LA LITOTRICIA (En qué consiste)

Esta técnica constituye actualmente el método ideal para el tratamiento de la mayoría de los cálculos debido a su facilidad de aplicación, menor invisibilidad y número de complicaciones con respecto a la cirugía clásica.

Este procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia general o locoregional (excepto niños) por su buena tolerancia, aunque en algunos casos es preciso el uso de sedo-analgésico o anestesia general para mitigar el dolor que pueda existir.

RIESGOS POTENCIALES DE LA LITOTRICIA

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:

- Reacciones alérgicas a la medicación intravenosa, que pueden llegar a producir shock anafiláctico.
- Náuseas y vómitos intensos.
- Sangrado por orina (macrohematuria) transitorio que desaparece de forma progresiva.
- Hematoma renal o perirrenal.
- Dolor marcado y enrojecimiento o hematoma en la zona por donde penetran las ondas de choque.
- Cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos de cálculo.
- Obstrucción urinaria ureteral por fragmentos.
- Presencia de infección urinaria que puede pasar a la sangre.
- Hipertensión arterial.
- Alteración de la función renal, como disminución e incluso pérdida de la misma.

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 solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas son la terapia médica y la cirugía abierta o percutánea, pero en su caso la mejor opción terapéutica es la litotricia.

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-115

Litotricia

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 **Litotricia**.

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

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 **Litotricia** 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)