

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARCACIÓN QUIRÚRGICA BAJO ECOGRAFÍA

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ____/____/____

Nombre Paciente: _____

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará un resumen de la información que su médico tratante le ha entregado sobre el procedimiento propuesto. Léala atentamente, y si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitar ayuda a su médico.

Lo informado verbalmente o a través de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados. Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Vespucio que participarán en el procedimiento están altamente capacitados en las funciones que desempeñan.

Una vez informado es usted quien debe decidir si desea someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

La **marcación quirúrgica bajo ecografía** que le ha sido propuesta por su médico tratante es un procedimiento programado que le permitirá marcar la zona de la mama que debe ser extraída en un procedimiento quirúrgico posterior.

Este procedimiento involucra riesgos a pesar de todas las precauciones, como toda intervención, tales como: equimosis en la piel (moretón) y/o un pequeño hematoma en el sitio de punción, posibilidad de presentar infecciones del sitio de punción, hemorragias que requieran de una intervención o punción de la pared torácica y los órganos intratorácicos (de muy baja frecuencia), sin embargo, es necesario que usted sepa que estas pueden ocurrir y que al ser detectadas y tratadas oportunamente tienen una buena evaluación y pronóstico.

El tiempo estimado del procedimiento es de 30 minutos variando según cada caso. Previa anestesia local, se introduce la aguja de Bard "Dualok" o "Mission", bajo control de imagen ecográfica, para marcar el lugar de interés.

Al terminar la marcación quirúrgica se deja un vendaje adhesivo sobre la pequeña lesión en la piel.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la información que se me ha entregado sobre **marcación quirúrgica guiada por imagen ecográfica**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el procedimiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA MARCACIÓN QUIRÚRGICA BAJO ECOGRAFÍA, por el Dr. (a)

DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso de que sea diferente a quién realiza Procedimiento)