

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
IMPLANTE DE CATÉTER DE LARGA DURACIÓN**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del 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 información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

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 y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Mediante este procedimiento se pretende acceder a una vena y colocar un catéter cerca de la aurícula derecha, de características especiales, que permitan tener un acceso venoso de larga duración.

Este catéter se tuneliza bajo la piel y se extrae por otro lugar, o bien va unido a un reservorio, que queda por debajo de la piel, al cual se accede cada vez que se requiere.

Estos catéteres se requieren para la administración de quimioterapia, alimentación parenteral por tiempos prolongados, uso prolongados de antibióticos, entre otros.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, Flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** Infección del sitio de entrada del catéter y/o reservorio.
- **Del catéter mismo:** infección, obstrucción, trombosis, tromboembolismo, lesión de los vasos, migración, fractura, desplazamiento, entre otras.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Debe advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones del metabolismo, existencia de enfermedades congénitas asociadas, medicamentos a permanencia, antecedentes de cicatrices inconvenientes en familiares directos del paciente, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que parezca especial.

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 (prematurez, 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 hoja de información que se me ha entregado sobre el **Implante De Catéter De Larga Duración** 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.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL IMPLANTE DE CATÉTER DE LARGA DURACIÓN 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 que sea diferente a quién realiza el procedimiento)