CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA
IMPLANTE RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPIA

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 información sobre la intervención 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 solicitarle 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 de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.
Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Vespucio que participarán en la intervención ponen la mayor diligencia y entrega en su atención.
Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Mediante este procedimiento se pretende realizar un bolsillo subcutáneo en la pared torácica, donde se colocará el reservorio que puede ser material plástico o de metal inertes, este reservorio se conecta a catéter de plástico que se introduce a la vena subclavia o vena cefálica de un lado, quedando su extremo más distal en la vena cava superior, que es por donde saldrá la droga de quimioterapia para distribuirse al resto del organismo. Durante este procedimiento se asegura la posición del catéter en la vena cava superior mediante la utilización de una radioscopía intra operatoria.
El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre).
Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.
Comprendo que 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, otros específicos como neumotórax; sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.
Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes, obesidad) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.
Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad.
El tiempo de duración del postoperatorio y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente y de la intervención quirúrgica.

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 cirugía para **Implante reservorio para Quimioterapia** 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 iniciada la intervención, ésta 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 CIRUGÍA DE IMPLANTE RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPIA, 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.

Obtención de Consentimiento	FECHA	**HORA**
Fecha de realización del Procedimiento o I.Q.		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

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