

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIERRE PERCUTÁNEO CON AMPLATZER

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO: .....

### OBJETIVO

- Procedimiento destinado a tratar su cardiopatía congénita tipo comunicación interauricular o forman oval permeable
- Se puede hacer vía cirugía con circulación extracorpórea o con cierre percutáneo con una prótesis tipo Amplatzer.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Será llevado a una sala de angiografía en ayunas, con las ingles con vello recortado y en suero pasando a través de la vena de un brazo.
- En la sala de angiografía será acomodado descansando sobre sus espaldas, sobre una mesa de rayos
- A través de una punción en vena femoral se introduce una guía que permite dirigir la prótesis al lugar de la comunicación que se desea cerrar.
- Posteriormente en dicho lugar se colocará un vendaje que deberá permanecer por 12 horas. Podrá tomar líquidos y alimentarse pero deberá quedar en reposo absoluto en cama por 12 horas sin doblar la pierna donde tiene el vendaje.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- El cierre percutáneo es un examen seguro, sin embargo, durante el procedimiento pueden ocurrir algunas complicaciones que pueden requerir tratamientos adicionales o incluso una operación.
- La punción de la vena o la introducción del catéter puede provocar daños en ella con formación de coágulos o trombosis.
- Excepcionalmente puede producirse una hemorragia interna en el sitio de la punción, puede producirse un hematoma que tardarán algunos días o semanas en desaparecer.
- La inyección de contraste es igualmente segura, pero puede desencadenar reacciones de menor a mayor gravedad, y que pueden producirse aún en pacientes sin ningún tipo de antecedente, pero rara ocurrencia. La aparición de alguna reacción de este tipo puede requerir una hospitalización mas larga en unidades especializadas.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente) .....

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....