

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE DESFIBRILADOR Y/O RESINCRONIZADOR

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Esta operación permite evitarle al paciente que sufra paros cardíacos, o acelerarle el pulso, según sea la enfermedad.
- Por estas razones se trata de un tratamiento de gran importancia para el paciente, y que incluso le puede salvar de la muerte súbita.
- No hay ningún otro procedimiento quirúrgico que consiga estos objetivos con la seguridad y eficacia de la implantación de un marcapaso.

PROCEDIMIENTO

- La implantación de Desfibrilador y/o Resincronizador es una operación con anestesia local, de aproximadamente 1 hora de duración
- Consiste en la colocación de uno o más electrodos de estimulación en el interior del corazón, y un generador de pulso (muy pequeño) en el tórax, bajo la clavícula.
- El número de electrodos que se instalan depende del tipo de generador que el paciente requiera.

CARACTERÍSTICAS

- El o los electrodos se colocan a través de una vena, por punción, y no es doloroso.
- Estos electrodos de estimulación se ubican en el interior del corazón, y un generador de pulso en el tórax, bajo la clavícula.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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, como otros específicos del procedimiento.
- No hay ningún procedimiento quirúrgico que no tenga riesgos. Este también los tiene, pero su mortalidad y complicaciones son muy bajas.
- Otras complicaciones de esta operación son las arritmias durante el implante, la infección de la herida operatoria o del bolsillo y de rara frecuencia.
- 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