

Consentimiento Informado

Implante de Desfibrilador y/o Resincronizador

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

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

Dr(a).: _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

Rut: _____

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

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.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____