

Unidad de Cardiopatías Congénitas (UCC) Cirugía cardiopatías congénitas del adulto Dr. Fernando Villagrá

Consentimiento informado

Madrid, a ___ de _____ de 20__

Entiendo que la mayoría de las cardiopatías congénitas son unas malformaciones graves que pueden conducir a la muerte o bien a serias complicaciones incapacitantes. Entiendo que el tratamiento quirúrgico de la mayoría de ellas no garantiza la total normalización cardíaca ni asegura la ausencia de muerte o de complicaciones severas en el postoperatorio inmediato, ni tampoco en las siguientes semanas, meses o años posteriores al alta hospitalaria. Entiendo que la obligación médica consiste en hacer todo lo profesionalmente posible y aplicar la mejor tecnología, tecnología que mejora con el tiempo pero que nunca es perfecta.

Yo _____ con el número de DNI _____, manifiesto voluntariamente que estoy satisfecho con la información recibida del equipo quirúrgico, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y que me han sido aclarado todas las dudas planteadas. En consecuencia **DOY MI CONSENTIMIENTO** para practicar en mi persona una intervención quirúrgica consistente en _____

de acuerdo al artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril y la ley 41/2002 del 14 de noviembre.

También he sido informado de lo siguiente:

- 1) La/s alternativa/s terapéutica/s consistirían en _____
- 2) El mayor o menor riesgo (**mortalidad y complicaciones inmediatas o tardías**) varía según la naturaleza de la operación, la patología cardíaca, y la situación general del paciente. En mi caso, me ha sido comunicado que el riesgo es _____.
- 3) Las complicaciones derivadas del propio acto quirúrgico, de la propia complejidad de la malformación cardíaca y de los métodos científicos y tecnológicos empleados, como las técnicas de circulación extracorpórea, hipotermia y paradas circulatorias. Las complicaciones principales son: **Fallecimiento precoz, tardío o súbito; reintervenciones** por hemorragia, dehiscencia de herida y/o mediastinitis, bloqueo AV con necesidad de implantar un marcapasos de por vida, lesiones residuales obstructivas, insuficiencia valvular o cortocircuitos por dehiscencia de prótesis valvulares o parches, obstrucción de una fístula sistémico-pulmonar, cerclaje pulmonar insuficiente, parálisis del nervio frénico con necesidad de plicar el diafragma, etc.; **cardíacas**, como insuficiencia, bajo gasto, arritmias, parada cardíaca, progresión de la severidad de la cardiopatía, etc.; **pulmonares**, como edema pulmonar, atelectasia, neumotórax, derrame pleural, quilotórax, hipertensión pulmonar reversible o irreversible, etc.; **neurológicas**, como edema cerebral, embolias, coma neurológico, hipertermia, parálisis, convulsiones, coreo-atetosis, ceguera cortical, trastornos de la audición, paresia, paraparesia, paraplejía, etc.; **renales**, como insuficiencia renal con o sin necesidad de diálisis, hematuria, etc.; **digestivas**, como hemorragia digestiva, úlcera de estrés, hepatopatía, etc.; **infecciones**, como mediastinitis, osteomielitis esternal, endocarditis, sepsis, neumonía, infección urinaria, hepatitis, HIV, etc.; **cutáneas**, como alopecia, necrosis grasa, etc.; **hematológicas**, como diátesis hemorrágicas, hemólisis, etc.; **reacciones medicamentosas posttransfusionales y anestésicas**; y **OTRAS VARIAS**.

En mi caso concreto, me informan de que las más destacadas son _____

- 4) La posibilidad de tener que aplicar otras técnicas distintas o adicionales a las previstas si durante la intervención así se estimase por el equipo quirúrgico, que queda por lo tanto autorizado a realizarlas sin necesidad de consultarme de nuevo.

CONTINÚA AL DORSO

La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al equipo médico a llevar a cabo la intervención propuesta. Así mismo también se me ha informado la posibilidad de **revocar** el consentimiento que ahora presto, debiendo ser comunicada tal revocación de forma fehaciente al facultativo o equipo médico actuante ⁽¹⁾.

También me han sido entregados los protocolos de _____ .

Dr. _____
Nº Colegiado: _____

Dr. _____
Nº Colegiado: _____

Fdo.: _____
Padre/madre del niño

Fdo.: _____
Testigo

REVOCACION/DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ⁽¹⁾

D./D^{ña} _____ con DNI _____ en calidad de _____, **REVOCO/DENIEGO** el consentimiento para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las posibles consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padece el paciente.

Motivo: _____

Firma médico:
Nº colegiado:

Firma Padre/madre del niño:

Firma testigo:

Fecha: