

Documento de consentimiento informado retirada de reservorio o catéter tunelizado

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La intervención que le vamos a realizar consiste en retirarle el reservorio venoso o el tubo (catéter) tunelizado que se le colocó previamente para la administración de medicamentos. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA RETIRADA DE RESERVORIO O CATÉTER TUNELIZADO

Tras administrarle anestesia local se le realizará un pequeño corte en la zona del dispositivo (reservorio o catéter). A continuación se extraerá dicho dispositivo. Posteriormente se le darán los puntos necesarios para cerrar la incisión. La duración de la intervención será, aproximadamente, de 20-40 minutos. Durante la misma se le administrará anestesia local y se podrá utilizar sedación para evitarle molestias. Si fuese necesario se le introducirá un líquido (medio de contraste) para ver sus venas. También cabe la posibilidad de que haya que modificar el procedimiento durante su realización para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención es posible que se utilice un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contrastes debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA RETIRADA DE RESERVORIO O CATÉTER TUNELIZADO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento, que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Sangrado por el sitio de la incisión (hematoma).
- Infección local.
- Cicatrices retráctiles o antiestéticas.
- Excepcionalmente, podría producirse rotura del catéter (especialmente si estaba dañado por el uso previo) con desplazamiento del fragmento a lugares no deseados (vena cava, corazón, pulmón, etc.). En este caso se tomarían las medidas oportunas para la extracción del fragmento del catéter mediante distintos dispositivos (pinzas, lazos, etc.) introducidos por vía venosa.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa es la intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la RETIRADA DE RESERVORIO O CATÉTER TUNELIZADO.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: