

Consentimiento informado para la colocación de un catéter central con reservorio (port-a-cath)

Pegatina con los datos personales y de identificación del paciente

Don/Doña _____
con DNI número _____ en calidad de _____ del paciente
_____, con la Historia Clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder a la colocación de un catéter central con reservorio (port-a-cath).

1. El propósito principal de la intervención es la colocación de un reservorio subcutáneo para facilitar la administración de medicamentos así como la extracción de sangre, lo que evita múltiples pinchazos, permite mayor comodidad y movilidad del paciente y le otorga una mayor calidad de vida.
2. La intervención habitualmente se realiza con anestesia local. De forma excepcional se podría realizar con anestesia general. En cualquier caso, los riesgos de anestesia serán informados por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en la colocación, bajo control radioscópico, de un dispositivo compuesto por un catéter y una cápsula o portal metálico con forma troncocónica, cerrada en su parte superior con una membrana elástica especial (autosellante), que se sitúa subcutáneamente, generalmente en la parte anterior del tórax y menos frecuentemente en otras ubicaciones. El catéter se introduce subcutáneamente a través de una vena periférica (yugular externa o interna, axilar, cefálica, femoral, etc.), hasta situar su extremo distal en la vena cava superior o inferior, y se conecta con la citada cápsula. También se puede colocar por vía percutánea, al nivel de la vena subclavia situada debajo de la clavícula.
4. La posible alternativa es mantener las múltiples punciones para la administración de la medicación o tomas de muestras sanguíneas que precise el paciente.
5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser traumatismo arterial y/o venoso, imposibilidad de canalización venosa, o hemorragia, así como las derivadas de su utilización, a saber, infección y/o sepsis que obligue a su retirada, obstrucción del catéter por trombos, rotura del catéter, trombosis o tromboflebitis de la vena donde se implanta, ulceración cutánea en la zona de la cámara y otras que por su escasa frecuencia no se mencionan.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada paciente, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
8. Los riesgos personalizados por las características del paciente son: _____
9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que ello comporte ningún riesgo para la salud del paciente.
11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de colocación de un port-a-cath de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello:

DOY MI CONSENTIMIENTO	
Nombre de la persona que autoriza	Médico informante
D./Dña. 0 ..	D./Dña.: 0 ..
0 ..	Nº Col. 0 ..
DNI.: 0	
Firma autorizada:	Firma:
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 200 0 0	

NO AUTORIZO LA RELIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA	Medico informante	Testigo
D./Dña. 0 .	D. / Dña.: 0	D./Dña. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..
0 0	0 0	0 0
DNI.: 0	Nº Col. 0 ..	DNI.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..
Firma:	Firma:	Firma:
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 200 0 0		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , y no deseo proseguir el procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.	
Nombre: 0	Dr./Dra 0 ..
Firma:	Firma:
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 200 0 0	