

Consentimiento informado para la retirada 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 retirada del catéter central con reservorio (port-a-cath) utilizado para el tratamiento de la enfermedad del paciente.

1. El propósito principal de la intervención es la retirada del reservorio subcutáneo, utilizado hasta el momento para la administración de medicamentos o la extracción de muestras sanguíneas al paciente. Los posibles motivos de su retirada son: 1) No precisar continuar con tratamientos intravenosos con este sistema, 2) infección de la herida quirúrgica, del reservorio o del catéter, 3) Hematoma, complicaciones vasculares u otra complicación local o regional, como la exteriorización de la cápsula o el catéter, etc., que indique la necesidad de retirar el port-a-cath.
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 retirada de la cápsula y el catéter, con una incisión cutánea sobre la cápsula, habitualmente coincidente con la misma cicatriz de su colocación. Posteriormente, se comprueba el control del sangrado y se cierra de nuevo la herida.
4. No existe alternativa a su retirada quirúrgica.
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 más habituales son: 1) El sangrado por la herida quirúrgica, que es leve y se suele controlar con compresión local y 2) Infección local de la herida que se puede tratar conservadoramente, pero que puede exigir abrir la herida y dejar un drenaje.
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 del 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 retirada de 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. _____ ..	D./Dña.: _____
_____ ..	Nº Col. _____
DNI.: _____	
Firma autorizada:	Firma:
En _____, a _____, de _____ de 20__	

NO AUTORIZO LA RELIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA	Medico informante	Testigo
D./Dña. _____ .	D. / Dña.: _____	D./Dña. _____ ..
_____	_____	_____
DNI.: _____	Nº Col. _____ ..	DNI.: _____ ..
Firma:	Firma:	Firma:
En _____, a _____, de _____ de 20__		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha _____, y no deseo proseguir el procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.	
Nombre: _____	Dr./Dra _____ ..
Firma:	Firma:
En _____, a _____, de _____ de 20__	