

HEM-001 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA

ORIGEN: Servicio de Hemodinamia

FECHA DE REDACCIÓN: junio de 2009.

FECHA DE APROBACIÓN: 13 JUL 2009.

FECHA DE REVISIÓN:

JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad, el proceso de información y toma de decisiones en el ámbito asistencial tiene su fundamento en los derechos humanos y en particular en el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud. Así, el consentimiento informado, constituye el correlato jurídico del principio de autonomía: "Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un médico que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar." Corresponde al médico hacer conocer la verdad a su paciente y tener en cuenta el impacto emocional que pueda generar en el paciente y en su entorno familiar. El paciente debe ser capaz de evaluar y comunicar su decisión coincidente o no con la propuesta del profesional.

El consentimiento informado es parte de la relación presente y futura con el paciente y debe estar incluido dentro de la atención diaria, siendo su pilar fundamental la información adecuada, en tiempo adecuado. Los pacientes que reciben nutrida información son pasibles de dar su consentimiento, reafirmando la relación con su médico al consentir la práctica propuesta para su enfermedad.

ÁMBITO DE APLICACIÓN: todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Hemodinamia.

RESPONSABLE/S DE SU APLICACIÓN: Médicos del Servicio de Hemodinamia.

RESPONSABLE/S DEL CONTROL DE SU APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS: Jefe del Servicio de Hemodinamia.

TEXTO: VER Anexo I

FLUJOGRAMA: No corresponde.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y REVISIÓN: Comité de Bioética.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Grossman William, Baim Donald:** Cateterismo, angiografía e intervención cardíaca. Intermédica. 3ª Edición, 1992.
2. **Nguyen Thach N., Colombo Antonio, Grines Cindy, Saito Shigeru, Hu Dayi:** Practical handbook of advanced Interventional Cardiology. Willey-Blackwell, 2007.
3. **Baum Stanley, Pentecost Michael J.:** Abrams' Angiography. Interventional Radiology. Lippincott, 2ª edición, 2006.

FIRMA:

Dr. RICARDO A. OTERO
Médico
M.N. 34920 M.P. 24162

Dr. RICARDO A. SARMIENTO
CARDIOLOGO - HEMODINAMIA
M.N. 18731

Dr. RICARDO A. OTERO
Médico
M.N. 34920 M.P. 24162

ANEXO I

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA

PACIENTE:

- 1- Yo, _____, H.C. Nº: _____, con domicilio en _____
_____, Teléfono: _____
_____, autorizo por la presente a los profesionales del Servicio de Hemodinamia del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, a realizar en mi persona la intervención y/o práctica quirúrgica denominada _____
- 2- Se me han practicado exámenes prequirúrgicos completos que constan de Hemograma, Uremia, Creatinemia, Coagulograma, Glucemia, Electrocardiograma. que indican que me encuentro en condiciones de ser sometido a la intervención antes mencionada y se adjuntan a mi Historia Clínica.
Observaciones:

- 3- La intervención y/o práctica quirúrgica mencionada me ha sido totalmente explicada por el Dr. _____, entendiendo la naturaleza y las consecuencias de dicha intervención. Asimismo, las posibles complicaciones específicas relacionadas a esta práctica y/o intervención quirúrgica me han sido especialmente aclaradas, tal como figuran a continuación:
- a. En el sitio del acceso arterial: hematoma, disección arterial, perforación vascular, sangrado retroperitoneal, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa, oclusión vascular con isquemia aguda de extremidades,
 - b. Reacción alérgica,
 - c. Insuficiencia renal,
 - d. Infecciones locales y/o generales (sépsis),
 - e. Accidente cerebrovascular (secuelas neurológicas temporarias o permanentes),
 - f. Arritmias cardíacas,
 - g. Infarto agudo de miocardio,
 - h. Muerte.
- 4- Acepto y comprendo que existe el riesgo de aparición de alguna de estas complicaciones a pesar de haberse tomado todos los recaudos y medidas que los conocimientos médicos actuales permiten, pudiendo requerir una intervención quirúrgica para el tratamiento de la posible complicación.
- 5- Reconozco que durante el curso de la intervención por condiciones imprevistas por el médico al iniciar la misma, puedo necesitar en el transcurso de la misma y/o con posterioridad, intervenciones extras o diferentes a las anteriormente acordadas, por lo tanto autorizo a que el médico a cargo de la intervención, o quien él designe, realice intervenciones adicionales, imprevistas o urgentes, que sean necesarias y/o deseables a juicio del profesional para mi beneficio.
- 6- Doy consentimiento a que se me administre durante la intervención anestesia:
- a. Local
 - b. General
 - c. Neuroleptoanalgesia, la que me será administrada por médicos especialistas utilizando las vías y las drogas que crean más convenientes. Se me ha explicado que los medicamentos que se emplean pueden llegar a ocasionar efectos adversos y/o no deseados relacionados a idiosincrasia de los mismos.
- Doy conformidad para recibir mediante transfusión, sangre o productos derivados de la misma, a juicio del médico que me asiste, con pleno conocimiento de que la transfusión de sangre y derivados conlleva el riesgo de infecciones y otras complicaciones. Estos riesgos y/o complicaciones se originan en la limi-

tación de la tecnología actual, desde el punto de vista médico tecnológico para la detección de posibles infecciones de la sangre de los dadores, como por ejemplo en el caso por infecciones de HIV para los dadores que se encuentran en período ventana, en que no es posible la detección del virus con los reactivos actuales.

- 8- Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que a pesar de que el médico me ha informado de los resultados deseados de la operación con los medio tecnológicos actuales, a pesar de lo cual no se me ha garantizado la obtención de los mismos.
- 9- Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, en el período post operatorio, hasta que reciba el alta médica definitiva.
- 10- Doy fe de no haber omitido ni alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos. No soy alérgico excepto a _____
- 11- Otros antecedentes clínicos de importancia _____
- 12- El presente documento me ha sido entregado por el Dr. _____
A fin de tener oportunidad de compenetrarme debidamente del mismo, y el Dr. _____
_____, me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contesta-
das completa y satisfactoriamente.

MÉDICO:

- 13- El presente es para dejar constancia que he explicado la naturaleza, efectos, riesgos y alternativas tera-
péuticas del procedimiento arriba mencionado al paciente, quien consiente, comprende y firma al pie.
Florencio Varela, ___ de _____ de 20__.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

MATRÍCULA PROFESIONAL

PACIENTE:

- 14- Confirmo que he leído completamente este consentimiento y que lo he comprendido totalmente, por lo
cual autorizo a los profesionales del Servicio de Hemodinamia a realizarme la intervención diagnóstica
y/o terapéutica arriba mencionada.
Florencio Varela, ___ de _____ de 20__.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO