

## RECHAZO INFORMADO DE AMPUTACIÓN POR GANGRENA

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de su decisión.

El rechazo informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la negación sobre la atención o internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE RECHAZO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Dejo constancia de haber sido informado en términos claros y sencillos por el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_, que de acuerdo con mi evolución médica practicada se me ha diagnosticado **gangrena gaseosa del miembro INFERIOR/SUPERIOR IZQUIERDO/DERECHO** (tachar lo que no corresponda). Asimismo, se me ha explicado que lo que motivó a ese diagnóstico fueron exámenes físicos y/o laboratorios que evidenciaron el proceso infeccioso de ese miembro, por lo cual se me ha indicado la realización de la **amputación SUPRAPATELAR/INFRAPATELAR del miembro INFERIOR/SUPERIOR IZQUIERDO/DERECHO**.
- 2) Se me ha explicitado que la amputación consiste en la resección definitiva de una parte o la totalidad de la extremidad.
- 3) Profesional mencionado en el punto anterior me ha brindado explicaciones acerca de la enfermedad que padezco como así también las características y propósitos de la cirugía indicada, y los riesgos y consecuencias de no realizarla. Específicamente se me ha aclarado que dado el estado de mi afección no existe alternativa terapéutica y que de no practicarse la amputación corro alto riesgo de sufrir en corto plazo una sepsis severa (infección grave y generalizada), lo que producirá mi fallecimiento.
- 4) Aún por lo antes expresado, declaro que **me niego a prestar conformidad para que la amputación sea llevada a cabo**.
- 5) Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y hago constar que asumo bajo mi exclusiva responsabilidad todas las consecuencias que la negativa expresada genere sobre mi estado de salud, aun cuando este rechazo terapéutico ponga en grave riesgo mi vida, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

### **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_