

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBOLISIS	Código: 211-1-F11
		Página 1 de 2
		Versión: 01
		Vigente a partir de: 31 de Marzo 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBOLISIS POR TELEMEDICINA EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA				
NOMBRE DEL PACIENTE:				# H.C.:
FECHA ENTREGA FORMULARIO:	DÍA:	MES:	AÑO:	
<p>En este documento usted encontrará un resumen de la información que su médico tratante le ha INFORMADO sobre el procedimiento propuesto. Léala atentamente y si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitar ayuda a su médico.</p> <p>Lo informado verbalmente o a través de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos en condiciones normales. La ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA delega a los profesionales que tienen la capacitación requerida para participar en la intervención terapéutica. Una vez informado es usted quien debe decidir si desea ACEPTAR O RECHAZAR el procedimiento.</p>				
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO				
<p>El Doctor _____, me ha explicado (o a un miembro de mi familia / cuidador) que después de analizar mi enfermedad (estado clínico) y las ayudas diagnósticas realizadas; la sintomatología presentada, se debe a una obstrucción arterial (de arterias cerebrales) por un coágulo sanguíneo y esta enfermedad se denomina ACV. Me ha explicado los riesgos y los efectos beneficios de los medicamentos y las técnicas disponibles para disolver los coágulos de sangre alojados en las arterias cerebrales, así como los tratamientos alternativos. Para disolver el coágulo sanguíneo causante del ACV me recomienda la administración por vía intravenosa de un agente trombolítico llamado rt-PA (alteplase), que es una sustancia que disuelve los coágulos; este procedimiento se llama trombólisis siendo éste un tratamiento que altera la coagulación general. El Procedimiento además se realizará de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de ataque cerebro vascular isquémico en mayores de 18 años, a través de telemedicina</p> <p>Los riesgos del rt-PA (alteplase) intravenoso son: Sangrado en otras zonas del cuerpo, en el aparato digestivo con posibles secuelas graves e incluso la muerte en casos extremos, Empeoramiento de los síntomas del ACV debido a una hemorragia o inflamación del cerebro, Necesidad de transfusiones sanguíneas, reacción alérgica al medicamento, otras complicaciones inesperadas.</p> <p>El médico informa que ha revisado y analizado los criterios que se deben cumplir para realización de LA TROMBOLISIS POR TELEMEDICINA en ACV isquémico y en esta oportunidad mi enfermedad cumple con los criterios clínicos establecidos para la realización de este tratamiento.</p> <p>DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales. Además, que he comprendido la información escrita y verbal que me ha brindado y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas e inquietudes sobre el tratamiento.</p>				

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBOLISIS	Código: 211-1-F11
		Página 2 de 2
		Versión: 01
		Vigente a partir de: 31 de Marzo 2020

Acepto y autorizo el tratamiento con con rt-PA (alteplase). Autorizo expresamente el almacenamiento de mis datos clínicos por motivos de mejora de la calidad o tratamiento del ACV y que estos se comuniquen a terceros como parte de esta mejora de la calidad.

ACEPTACIÓN Y DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____
por mí mismo O en representación del paciente ya individualizado, autorizo la realización del procedimiento de trombólisis por telemedicina y en constancia firmo el presente consentimiento.

Firma del Paciente/ Familiar ó representante legal

C.C: _____.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): _____.

RECHAZO / DENEGACIÓN

Yo, _____,
manifiesto de forma libre y voluntaria mi DENEGACIÓN O RECHAZO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. Declaro que El médico me ha explicado que, la no realización del mismo, supone un aumento de la mortalidad y de la morbilidad estadísticamente significativa de mi enfermedad en curso.

Duitama, _____ de _____ de _____

Firma del Paciente/ Familiar ó representante legal: _____

C.C: _____. Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): _____.