

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA EXPLORACIONES
RADIOLÓGICAS- DRENAJE PERITONEAL**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:		F. Nacimiento:

D./D^a como paciente (o representante del paciente D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en, profesión D.N.I. n°

DECLARO:

Que el/la Dr./ra....., interlocutor principal para la exploración radiológica con el equipo asistencial (art. 10.7 LG.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un **DRENAJE PERITONEAL**.

¿Qué le vamos a hacer?

El drenaje peritoneal en un procedimiento que consiste en la introducción de un catéter que sirve para vaciar líquido del interior de la cavidad abdominal.

Una vez anestesiada la piel, se le pinchará con una aguja fina dicha cavidad peritoneal, colocando un tubo (catéter) que tendrá unos días colocado hasta que se vacíe completamente.

El procedimiento dura aproximadamente unos veinte minutos y en ocasiones requiere sedación.

¿Qué riesgos tiene?

“Tiritona” que se suele resolver con tratamiento médico.

Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio habría que volver a colocarlo.

Se puede pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento.

Otros riesgos son reacción vagal y hemorragia.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarla.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

.....

¿Qué otras alternativas tiene?

En la actualidad, la alternativa sería tratamiento médico con diuréticos.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **DRENAJE PERITONEAL**.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.: Fdo.: Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos).

REVOCACIÓN

D./D^a como paciente (o representante del paciente

D./D^a), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº Revoco el consentimiento prestado en fecha....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.: Fdo.: Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a como paciente (o representante del paciente D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.: Fdo.: Fdo.:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)