

# Consentimiento informado para Implante o Retirada de Reservorio para Quimioterapia

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que mediante este procedimiento se pretende realizar un bolsillo subcutáneo en la pared torácica, donde se colocará el reservorio que puede ser material plástico o de metal inertes. Este reservorio se conecta a un catéter de plástico que se introduce a la vena subclavia o vena cefálica de un lado, quedando su extremo más distal en la vena cava superior, que es por donde saldrá la droga de quimioterapia para distribuirse al resto del organismo. Durante este procedimiento se asegura la posición del catéter en la vena cava superior mediante radioscopia intraoperatoria.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia local y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el servicio de hematología.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos como neumotórax; sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como ..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como .....

## RIESGOS PERSONALIZADOS

## CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa  
Dr/a: .....

Colegiado nº ..... Fecha: ...../...../.....

Firma del paciente  
D/Dª: .....  
Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de .....  
a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante  
Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.






### DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2  
28006 Madrid  
Tel: 91 562 02 90


### CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90  
Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

 /CentroMedico  
EnfermedadesDigestivas  
 @TWCMED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)