CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DRENAJE DE HEMATOMA y/o SEROMA

Identificación del paciente:

Médico que le informa: PELÁEZ ALEJANDRA……………………………………………………………………..

A.- INFORMACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE DRENAJES DE HEMATOMA y/o SEROMA

EL drenaje de hematomas y/o seromas consiste en vaciar el contenido hemático y/o seroso que se encuentra dentro de una cavidad.

Esto se realiza a través de la introducción de un drenaje aspirativo, mismo que debe permanecer hasta que se vacíe la colección y cesen los síntomas y signos .

B.-RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

• Infección o hematoma localizado en la zona de punción.

 • Si el drenaje se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo. De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

C.-RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS. ……………………………………………………………………………………………………………….

 D.-ALTERNATIVAS

 En la actualidad no existe otra alternativa que no sea el drenaje del hematoma y/o seroma a través de una cirugía

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntar

E.- DECLARO Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de un drenaje de hematoma y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

 He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE DICHO PROCEDIMIENTO

Firma del paciente …………………………………………………………………………

Nombre

CI………………………………………………………………………………….