

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 8岁	ID号: [REDACTED]
------------------	-------	--------	-----------------

病情和治疗建议:

因患者患有癫痫需进行抗癫痫治疗, 我院已具备开展该项口的技术和设备条件, 但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已告诉患者将要进行的治疗方式, 此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [Signature]

签名日期: 2018.6.1



患者知情选择:

- 1 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。
- 2 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- 3 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名: _____

签名日期: _____

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: [REDACTED]

与患者关系: 母子

签名日期: 2018.6.1

Sample 2 剖宫产手术同意书

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 24岁 病区: 河西产科一病区 床号: 100 床住院号: []

我了解剖宫产术相关知识, 并充分认识到该手术方法的性质, 经治医师已向我本人(监护人)告知于手术前后及术中有可能发生的如下医疗风险:

- 1) 待产过程中, 尽管医护人员采取了常规监护胎儿的措施, 但仍有个别情况会突然出现不明诱因胎动消失、胎心变化, 继而胎儿死亡;
- 2) 根据情况需要, 按照产科操作常规, 实施各种治疗后, 极个别产妇会出现药物中毒、过敏或过敏反应, 抢救无效会危及母、婴生命, 甚至导致死亡;
- 3) 任何手术麻醉都存在风险(另附麻醉知情同意书);
- 4) 术中、术后可能出现大出血, 严重者可致休克, 子宫切除, 危及生命;
- 5) 术中存在损伤神经、血管及邻近器官可能, 如膀胱、肠管等;
- 6) 发生宫内感染, 腹部及子宫切口感染、裂开、不愈合、瘘管及窦道形成的风险;
- 7) 羊水栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命;
- 8) 呼吸并发症可能: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- 9) 心脏并发症可能: 心率失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;
- 10) 术后肠道麻痹、肠粘连和肠梗阻的可能性;
- 11) 尿路感染及肾衰可能;
- 12) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞的可能;
- 13) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血)发生可能: 剖宫产儿因未经产道挤压, 易发生胎儿窘迫, 新生儿窒息及肺炎, 新生儿面神经损伤, 新生儿缺氧缺血性脑病, 新生儿窒息复苏后遗留脑损害而出现智力损害、肢体功能障碍新生儿窒息复苏不成功导致新生儿死亡等的可能性;
- 14) 胎儿入盆深及胎头浮动者, 术中可能需要产钳或胎吸助产联合手术;
- 15) 剖宫产术后, 如果产妇希望再次怀孕, 需等两年以后;
- 16) 剖宫产术后避孕失败, 流产风险加大及瘢痕妊娠的风险;
- 17) 皮肤横切口美观, 但可能出现胎儿娩出困难, 增加窒息风险;
- 18) 其他情况 手术风险极大, 术中大出血、子宫切除可能性大, 且有损伤邻近脏器, 如输尿管、膀胱、肠管可能, 如术中出血迅猛, 心衰可能, 术中加强液体管理, 胎盘植入引起子宫肌层损伤范围大, 可能行全子宫切除术, 术后失去生育功能, 闭经。如术中出血在病情允许的范围, 则保留子宫, 术后不排除补充治疗可能, 术后切口愈合不良可能, 深静脉血栓, 以致肺栓塞, 术后转ICU可能; 新生儿系早产儿, 出生后近远期并发症多, 如新生儿缺氧缺血性脑病、脑瘫等, 需转儿科治疗, 费用高, 预后不确定; 术中若出血在可控范围, 为保全子宫, 可能行子宫动脉栓塞术, 效果不确定; B超提示子宫后方包块, 必要时相关科室台上会诊。

我理解鉴于当今医学科学发展水平的局限性和就医者个性特异性等因素, 即使在医务人员已认真





Name

Folder No

Date of Birth

TBH

DOB:

Sex: F (H2-UPFS)

DEPARTMENT:

TYGERBERG HOSPITAL
CONSENT TO MEDICAL PROCEDURE

I, Dr. Barnard Mantz have explained the nature, risks & possible consequences of the medical procedure to the undersigned patient or his/her legal guardian.

Signature [Signature] Date 31/3/16

Circle whichever is applicable

Procedure explained: Personally Via Interpreter

Nature of Procedure: Right renal re-implantation with ex-vivo reconstruction

Where applicable indicate side of procedure: (Right or Left)

Circle whichever is applicable

Type of anaesthetic: Local Spinal General Procedural Sedation

CONSENT TO USE OF BLOOD and/or blood products if necessary during the course of the procedure

Consent granted by Patient/Guardian: _____

Consent withheld by Patient/Guardian: _____

SIGNATURE: _____ SIGNATURE: [Signature]

I consent to a sample of my blood being taken and tested for Hepatitis B and the Human Immunodeficiency Virus (HIV) should contamination of a health care worker by my bodily fluids occur during the procedure.

Patient's / Guardian's Signature: _____

Full Name of Patient: [Redacted]

Signature/Thumb Print of patient: [Signature] Date: 31/3/16

I, the undersigned, hereby consent to the performance of, and understand the nature, risks and possible outcomes of the above procedure. The doctors who perform the above may carry out additional or alternative measures (including general anaesthesia) if considered necessary.

COMPLETE THIS SECTION IF CONSENT IS GIVEN BY A PERSON ON BEHALF OF THE PATIENT

Print Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

Means by which consent was given: Personally Telephonically

Names and Signatures of Witnesses to the Patient's / Guardian's Signature on this Document

Witness 1 Print Name [Redacted]

Witness 2 Print Name [Redacted]

Signature: [Redacted]

Signature: [Redacted]



Sample 4

인체유래물등의 기증 동의서

■ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 [별지 제41호서식]

인체유래물등의 기증 동의서

동의서 관리번호		(앞쪽)	
인체유래물등 기증자	성명	[Redacted]	생년월일 1937-06-28
	주소	[Redacted]	
	연락처	[Redacted]	성별 남
법정대리인	성명	[Redacted]	관계 [Redacted]
	연락처	[Redacted]	[Redacted]
인체유래물 은행	기관명칭	[Redacted]	[Redacted]
	연락처	[Redacted]	[Redacted]

이 동의서는 귀하로부터 수집된 인체유래물등(인체유래물과 그로부터 얻은 유전정보를 말합니다)을 귀하의 역학정보 및 임상정보 등과 함께 인체유래물은행에 보관하며 질병의 진단 및 치료법 개발 등의 연구에 활용할 수 있도록 하기 위해 이루어지는 자발적인 동의를 밝히는 것입니다. 따라서 귀하는 다음의 내용을 읽고 궁금한 사항은 상담자에게 묻고 충분히 생각한 후 결정하시기 바랍니다.

1. 인체유래물이란 인체로부터 수집하거나 채취한 조직·세포·혈액·체액 등 인체 구성물 또는 이들로부터 분리된 혈청, 혈장, 염색체, DNA, RNA, 단백질 등을 말하며, 귀하는 귀하의 인체유래물을 채취하기 전에 채취 방법 및 과정에 관한 설명을 충분히 들어야 합니다.
2. 귀하가 제공한 인체유래물등은 인체유래물은행에 동의한 날부터 영구적으로 안전하게 보존되면서 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 및 관련 지침에 따라 향후 질병의 진단·예방·치료법 개발과 국민보건 향상을 위한 연구에 보존·관리·연구·분양에 이용될 것이며, [Redacted]입니다.
3. 인체유래물은행의 장이 이용계획서를 검토하여 국민의 건강 향상에 필요하다고 판단되는 연구를 수행하는 연구자들에게 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」과 기관생명윤리위원회의 제공에 관한 지침 등에 따라 제공됩니다.
4. 귀하가 이 동의서를 통해 인체유래물등의 기증에 동의한 경우, 인체유래물은행은 질병의 진단 및 치료법 개발 등의 연구에 활용하기 위하여 필요한 경우 기관생명윤리위원회의 심의를 거쳐 귀하의 임상·역학정보 등의 개인정보에 연결될 수 있습니다. 이 경우 수집된 개인정보는 [Redacted]입니다.
5. 귀하가 제공한 인체유래물등은 귀하의 개인식별정보와 분리 보관 될 것이며 인체유래물등과 관련 정보를 연구자들에게 제공할 때에는 귀하의 [Redacted]입니다.
6. 인체유래물등은 인체유래물은행의 폐업, 그 밖의 부득이한 사정으로 인체유래물등을 보존할 수 없는 경우에는 법에서 정한 절차에 따라 인체유래물등을 폐기하거나 이관하게 됩니다.
7. 연구결과에 따른 새로운 약품이나 진단도구 등 [Redacted] 및 [Redacted] 등에 대해서는 귀하의 권리를 주장할 수 [Redacted], 귀하가 제공한 인체유래물등을 이용한 연구는 학회와 학술지에 연구자의 이름으로 [Redacted] [Redacted]입니다.

※ 위의 모든 사항에 대해 충분한 설명을 듣고, 작성된 동의서 사본을 1부 받아야 합니다.

연구 목적	(인체유래물은행이 직접 연구를 수행하는 경우에만 작성합니다)
-------	-----------------------------------

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

Sample 4

인체유래물등의 기증 동의서

)

(뒤쪽)

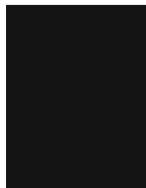
*   

본인은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제42조 및 같은 법 시행규칙 제40조에 따라 위 인체유래물등의 기증과 관련하여 인체유래물등의 수집 및 보관, 이용 등에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인의 인체유래물등을 기증하는 것에 자발적인 의사로 동의합니다.

동의서 작성일 2016-04-04

년 월 일

인체유래물등 기증자



(서명 또는 인)

법정대리인



상담자

 인)

구비서류



Sample 4

인체유래물등의 기증 동의서

■ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 [별지 제52호서식]

유전자검사 동의서

동의서 관리번호

검사대상자	성명	[Redacted]	생년월일	[Redacted]
	주소	[Redacted]		
	전화번호	[Redacted]		
법정대리인	성명	[Redacted]	관계	[Redacted]
	전화번호	[Redacted]		
유전자 검사기관	기관명	[Redacted]		
	전화번호	[Redacted]		
유전자 검사항목	검사목적			
	검사명			

본인은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 해당 유전자 검사에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.

2016-04-04 16:03:17

검사대상자 [Redacted] (서명 또는 인)
 법정대리인 [Redacted] (서명 또는 인)
 상담자 [Redacted] (서명 또는 인)

※ 동일한 대상 및 목적을 위한 추가적인 유전자검사에 대해서는 별도의 동의서 작성 없이 아래 서명만 추가할 수 있습니다.

2016-04-04 16:03:17

검사대상자 [Redacted] (서명 또는 인)
 법정대리인 [Redacted] (서명 또는 인)
 상담자 [Redacted] (서명 또는 인)

2016-04-04 16:03:17

검사대상자 [Redacted] (서명 또는 인)
 법정대리인 [Redacted] (서명 또는 인)
 상담자 [Redacted] (서명 또는 인)

2016-04-04 16:03:17

검사대상자 [Redacted] (서명 또는 인)
 법정대리인 [Redacted] (서명 또는 인)
 상담자 [Redacted] (서명 또는 인)

유의사항

- 이 유전자검사의 결과는 10년간 보존되며, 법 제52조제2항에 따라 본인이나 법정대리인이 요청하는 경우 열람할 수 있습니다.
- 검사 후 남은 검사대상물을 인체유래물연구 또는 허가받은 인체유래물은행에 기증하는 것에 동의하는 경우에는 연구의 목적, 개인정보의 제공에 관한 사항 등 제공에 관한 구체적인 설명을 충분히 듣고, 별지 제34호의 인체유래물연구 동의서 또는 별지 제41호의 인체유래물등의 기증 동의서를 추가로 작성하여야 합니다.

구비서류 | 법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류

210mm×297mm[백상지 80g/m²(재활용품)]



GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

PARATIROIDEKTOMİ AMELİYATLARI İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı	
Hasta No:	
Doğum Tarihi:	



Cinsiyetiniz <input checked="" type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	
Tanı:	
Planlanan Tedavi:	

GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın hastamız/hasta yakınımız,

Bu form hasta hakları mevzuatı uyarınca tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı, tedavi ve bakımı için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler ve bu işlemlerin olası riskleri hakkında bilgi sahibi olmanız için hazırlanmıştır. Bunların etkileri ve sonuçları birtakım genellikler arz etmekle birlikte, kişiden kişiye farklılıklar da gösterebilir veya aşağıda belirtilenlerle sınırlı kalmayabilir. Bu bağlamda, hekimlerimizin ve sağlık görevlilerimizin sorularına tam, doğru ve eksiksiz cevaplar verilmiş olması son derece önem taşır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra, önerilen tanı ve tedaviyi kabul etmek veya etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Bu formun amacı sizi endişelendirmek, korkutmak veya yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak değil, sağlığınıza ilgili konulara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmek ve onayınızı almaktır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size verilecektir. Aşağıda yer alan bilgilerin tamamı, modern tıp bilimi içinde ve kapsamında bütün dünyada kabul gören uygulamalar ve olası durumlardır.

AMELİYAT/GİRİŞİM ADI: Tiroidektomi Ameliyatları
 Sağ Sol İki taraf Seviye

İŞLEMİ YAPAN HEKİM ADI/SOYADI:

Medipol Mega Hastanesi
Genel Cerrahi
Doç. Dr. Dr. Dr.
Yrd. Doç. Dr. Dr. Dr.
Dış. No. Dr.
SOK Teslim Kodu: 112000

İŞLEM HAKKINDA

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu nodüler guatr tanısı koyan doktorların tedavim için tiroidektomi ameliyatı önerdiler. Bu ameliyat esnasında tiroid bezini tek veya iki taraflı, kısmen veya gerekirse tamamen çıkarılacaktır. Bu işlem, boyun bölgesinden yaklaşık 4-6 cm'lik kesi ile tiroid bölgesine ulaşıp sinirleri ve paratiroid bezleri dikkatlice korunarak yapılmaya çalışılacaktır.

BEKLENEN FAYDALARI

Hastanın guatr hastalığından ve olası kanser potansiyeli taşıyan tiroid hastalığından kurtulması.

BAŞARI OLASILIĞI

Tüm tiroid dokusu çıkarılan ameliyatın başarı olasılığı %100'e yakındır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Yaklaşık 60-200 dakika sürebilir.

RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

Kanama, kalsiyum düşüklüğü, ses kısıklığı ve nefes borusuna geçici veya kalıcı delik açma olasılığı %1'dir. Hastalarda tiroid hormonu sağlayacak başka doku olmadığı için ömür boyu ilaç kullanmasını gerektirecek hormon yetersizliği oluşabilir.

TEDAVİ EDİLMEZ/UYGULAMA YAPILMAZ İSE SONUÇLARI

Hastalık ilerler ve ciddi solunum bazen kalbe yük oluşturabilir. Kanserleşme potansiyeli devam eder.

VARSA ALTERNATİFLERİ

Eğer hipertiroidi nedeniyle ameliyat ediliyorsa radyoaktif (atom tedavisi) bazı koşullar altında kullanılabilir. Nodül veya kanser için yapılan cerrahinin alternatifi yoktur.



GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

ONAM:

Hekimimden içinde bulunduğum/hastamın içinde bulunduğu tıbbi durum ile, bu durumun tanısına/tedavisine yönelik olarak yukarıda önerilen girişimler ve girişimsel tedaviler konusunda bilgi aldım. Bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Olabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri ayrıntı ile anlatıldı. Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımla/hastamın sağlığını tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu yöntemler yerine uygulanabilecek bir başka yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Kurumunuzun bir Üniversite hastanesi olması nedeniyle girişimin/tedavinin öğretimden sorumlu bir hekim (profesör, doçent, yardımcı doçent, uzman) gözetim ve sorumluluğunda asistan/araştırma görevlisi tarafından da uygulanabileceğini, her koşulda girişimi/işlemi gerçekleştirecek hekimin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum. Hekimimin planladığı tanı ve tedavi yöntemlerine ek olarak başka tıbbi uygulamalar gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyorum ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da isminin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum. Hastalığım/hastamın hastalığı nedeni ile önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı. Hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu kabul etmiş ve imzalamış olduğumu beyan ediyorum.

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu anladım" yazınız: _____

Hastanın;

Adı Soyadı _____

Tarih: 09.11.2017

Saat: 14.57

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi : _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetkisi yok Acil

Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı : _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

HEKİM

Hasta tanısı, önerilen tedavi yönteminin türü, uygulama biçimi, başarı şansı ve süresi; hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığının yaratabileceği sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirildiğini anladığımı ve onayladığımı beyan ediyorum.

Hekimin Adı Soyadı : _____

Tarih: 23.11.17

Saat: 14.40

İmzası: _____

Onamı alan kişi farklı ise, işlemi yapacak hekimin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

TEDAVİNİN REDDİ:

Teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanmasına **İZİN VERMİYORUM.**

Hastanın;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi : _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetkisi yok Acil

Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı : _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, 15-18 yaş arasıdaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcisinden, bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetkisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.
Bu form, ulusal yasal mevzuat ve JCI (Joint Commission International) akreditasyon standartları esas alınarak hazırlanmıştır.

Sample 6

Informed consent statement

Title: Gastric adenocarcinoma of fundic gland type with signet-ring cell carcinoma component

Written informed consent was obtained from patient.

The format of consent form is shown as following:

110203 05900-02

様の検査・処置・手術・麻酔に関する説明・同意書(病院控)

説明日 平成29年7月6日(水)

説明医 佐竹 慶明

病名および症状
早期胃癌

検査・処置・手術(以下、医療行為)の名称(詳細は別紙)
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)もしくは内視鏡的粘膜切除術(EMR)

上記医療行為の予定日
平成29年7月6日(水)

麻酔使用の有無と種類
 無
 有 (全身麻酔 硬膜外麻酔 局所麻酔 全身麻酔+硬膜外麻酔)
 その他 :

上記医療行為の必要性、目的、期待する効果(詳細は別紙)

上記医療行為に伴う危険性、合併症、後遺症、他の方法等について(詳細は別紙)

備考・その他

.....

※ 上記より、現在必要な医療処置(検査・処置・麻酔・手術)についての説明書を受け取り、理解できましたので、その医療処置を受け、また医療処置中に緊急の処置が必要となった場合には適切な処置を受けることと併せて

同意します 同意しません

※ 抗血栓薬を服用している場合、抗血栓薬による出血の可能性と体薬による血栓塞栓症発症の可能性について説明を受け理解いたしましたので、場合によってはヘパリン置換による入院治療の必要があること、また検査・手術の延期があることに

同意します 同意しません

※ 要望

医療の質や医療技術の向上の為、本治療の経過で得られた検体、写真、データを匿名化しうえて
学術集会、研究会、論文及び学術団体の認定資格等の資料として使用させていただくことがありま
す

新 古 賀 病 院 院 長
古 賀 病 院 21 院 長
新 古 賀 クリニッ ク 院 長

平成29年 7 月 6 日

患者様(代諾者)署名: [Redacted]

調 剤 者 署 名 : [Redacted]

社会医療法人 大神堂 消化器病センター

April. 12, 2018

[Redacted Signature]



Clínica UC San Carlos de Apoquindo es muy importante que usted participe activamente en su proceso de atención, a través del pago o denegación por escrito, según sea su decisión libre, voluntaria e informada, de su autorización (consentimiento) para la realización del/los procedimiento(s) y/o intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas que le ha recomendado su médico. Para ello, hemos dispuesto que nuestros médicos le otorguen la información suficiente y oportuna que usted necesite, a fin de tomar una decisión satisfactoria respecto de su salud.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

[Redacted] por mí mismo o en representación del paciente [Redacted], he sido debidamente informado(a),

tratamiento, procedimiento o intervención propuesto, denominado: _____

consuntiva / neuronal angioplastia
(en adelante el procedimiento)

me ha sido indicado debido a la condición médica que me afecta, consistente en: _____

[Redacted]

procedimiento será efectuado por: Dr. Lindefjeld - Dr. Maurer

[Redacted]

Nombre y firma del médico responsable del procedimiento _____ R.U.N. _____

me ha informado que durante el procedimiento, además del médico responsable, podrían participar otros miembros del equipo de salud, los cuales estarán debidamente autorizados por el primero. Siendo este un centro académico-asistencial, también he sido informado(a) que profesionales en distintas etapas de formación y debidamente autorizados, podrían observar y participar en algunas etapas del procedimiento.

En relación al procedimiento, he sido informado acerca de:

• Sus características generales, sus objetivos y beneficios.

• Sus potenciales riesgos y complicaciones. De éstos, los más significativos son: [Redacted]

[Redacted]

- La existencia de alternativas al procedimiento elegido, así como los riesgos y beneficios de éstas.
- Los riesgos para mi salud en el caso de que el procedimiento no se realice.
- Las características del período posterior al procedimiento, incluyendo aspectos relativos al dolor, su tratamiento y el tiempo mínimo estimado para mi recuperación.

Sample 7

Entienda que, además de los riesgos arriba señalados, existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tales como la infección y la hemorragia. Estoy consciente de que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y los resultados del presente procedimiento no pueden ser, ni han sido garantizados.

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedación y/o analgesia requerida por el procedimiento
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial en nuevas situaciones que se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento, mi voluntad será respetada.

Además he sido informado, y se me solicita el consentimiento, porque durante el procedimiento:

- Se podrían obtener imágenes para difusión médica o docente, en las cuales no se exhibirá mi rostro ni se mencionará mi nombre.

Consiento SI NO

- Se podrían extraer tejidos, los que podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica, los que serán dispuestos y utilizados en el futuro con propósitos científicos y/o docentes.

Consiento SI NO

- Podría ser necesario realizar transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que he sido informado y he explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos en caso de ser requeridos.

Consiento SI NO

Consiento en que se me realice el procedimiento: SI NO

Finalmente, declaro **NO** haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

Estoy en conocimiento de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar de opinión acerca de lo señalado, lo cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

Nombre y firma del paciente o representante 18/11/14
R.U.N.

ASENTIMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

Pacientes de 14 a 18 años, deben expresar si asienten la realización del procedimiento: SI NO

Nombre paciente y firma paciente R.U.N.

SECCIÓN A LLENAR POR EL MÉDICO

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El paciente (o su representante) SI NO ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

Nombre y firma del médico informante R.U.N.

En Santiago, a las 17 del 11 de 2014

Sample 7

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedoanalgesia o anestesia requerida por el procedimiento.
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial si es que nuevos factores se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento, mi voluntad será respetada.
- Durante el procedimiento podrían obtenerse imágenes para difusión médica, científica o docente.
- Los tejidos que pudieran ser extraídos podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica, o dispuestos y utilizados con propósitos científicos y/o docentes.

He sido informado(a) acerca de la eventual necesidad de transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que se me han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos si esto fuera necesario: SI NO

Teniendo yo menos de 18 años, asiento en que se me realice el procedimiento: SI NO

Finalmente, estoy consciente de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar mi opinión acerca de los aspectos señalados, lo cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

[Redacted]
Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

[Redacted]
R.U.N.

[Redacted]
Firma

03.12.20
Fecha

Causa de la representación: [Redacted]

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El (la) paciente (o su representante) SI NO ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

[Redacted]
Nombre del MEDICO INFORMANTE

[Redacted]
R.U.N.
Firma

03/12/15
Fecha

REVOCACION

En forma voluntaria, he decidido revocar el consentimiento arriba especificado.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

R.U.N.

Firma

Fecha



**FORMULARIO UNIVERSAL PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO
 EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, DIAGNOSTICOS, MEDICOS Y QUIRURGICOS**

En pacientes menores de 18 años el consentimiento debe ser otorgado por su representante

Yo, [Redacted Name] (de aquí en adelante paciente), en forma voluntaria y habiendo sido debidamente informado(a), y sin haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud, especialmente en relación a enfermedades, alergias o riesgos personales, SI NO consiento en que me sea practicado el tratamiento, procedimiento o intervención denominado:

[Redacted Procedure Name]
 (de aquí en adelante procedimiento)

Este me ha sido indicado debido a la condición médica que me afecta, consistente en:

[Redacted Medical Condition]

El procedimiento será efectuado por:

<u>[Redacted Name]</u> Nombre del MEDICO RESPONSABLE del procedimiento	<u>[Redacted R.U.N.]</u> R.U.N.	<u>[Redacted Signature]</u> Firma
---	------------------------------------	--------------------------------------

Se me ha informado que durante el procedimiento, además del médico responsable, podrían participar otros miembros del equipo de salud, los cuales estarán debidamente autorizados por el primero. Por lo mismo, entiendo que los integrantes de este equipo podrían variar durante la ejecución del procedimiento. Siendo este un centro académico-asistencial, también he sido informado(a) que profesionales en distintas etapas de formación y debidamente autorizados, podrían observar o participar en algunas etapas del procedimiento.

En relación al procedimiento, he sido informado acerca de:

- Sus características generales.
- Sus objetivos y beneficios.
- Sus potenciales riesgos y complicaciones. De éstos, los más significativos son:

[Redacted Risks and Complications]

- La existencia de alternativas al procedimiento elegido, así como los riesgos y beneficios de éstas.
- Las consecuencias en el caso de que yo no lo consienta.
- Las características del período posterior al procedimiento, incluyendo aspectos relativos al dolor, su tratamiento y el tiempo mínimo estimado para mi recuperación.

Entiendo que, además de los riesgos arriba señalados, existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tales como el dolor, la infección y la hemorragia. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que los resultados del presente procedimiento no me pueden ser, ni me han sido garantizados.

Sample 7

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedoanalgesia o anestesia requerida por el procedimiento.
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial si es que nuevos factores se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento, mi voluntad será respetada.
- Durante el procedimiento podrían obtenerse imágenes para difusión médica, científica o docente.
- Los tejidos que pudieran ser extraídos podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica, o dispuestos y utilizados con propósitos científicos y/o docentes.

He sido informado(a) acerca de la eventual necesidad de transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que se me han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos si esto fuera necesario: SI NO

Teniendo yo menos de 18 años, asiento en que se me realice el procedimiento: SI NO

Finalmente, estoy consciente de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar mi opinión acerca de los aspectos señalados, lo cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE R.U.N. Firma Fecha 16-08-16

Causa de la representación: _____

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El (la) paciente (o su representante) SI NO ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

Nombre del MEDICO INFORMANTE R.U.N. Firma Fecha 16/9/16

REVOCACION

En forma voluntaria, he decidido revocar el consentimiento arriba especificado.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE R.U.N. Firma Fecha