

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APENDICECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	<p>Es la extirpación del apéndice ileocecal, un pequeño fondo de saco del inicio del intestino grueso. Su inflamación es lo que produce los síntomas que usted tiene. Es debida a un proceso infeccioso progresivo e irreversible. La intervención sirve para frenar los síntomas y evitar las complicaciones del proceso infeccioso. La vía de acceso al abdomen puede hacerse de dos maneras. Una es mediante una incisión en el abdomen, se llama abordaje abierto. Otra es mediante laparoscopia. Esta técnica consiste en hacer unas pequeñas incisiones u orificios en la pared del abdomen e introducir por ellas un instrumental especial con el que se opera. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía, se procederá a la conversión a cirugía abierta. La técnica quirúrgica es la misma en ambas vías de acceso.</p>
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	<p>Elimina los síntomas de la infección y previene las complicaciones que se producirían si se dejara evolucionar sin intervenir</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>En esta enfermedad no está científicamente aprobado el tratamiento sin cirugía por la alta posibilidad de infección grave y muerte.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	<p>Elimina los síntomas de la infección y previene las complicaciones que se producirían si se dejara evolucionar libremente o con tratamientos no quirurgicos</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	<p>Estas podrían ser la perforación del apéndice, la producción de un absceso o una peritonitis. Esta última puede llegar a ser generalizada y provocar la muerte en un alto % de los pacientes.</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica. Suelen ser poco graves <i>Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Parálisis intestinal, con vómitos (Íleo paralítico), Dolor postoperatorio prolongado en la zona de la operación</i></p>
RIESGOS POCO FRECUENTES	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Sangrado o infección dentro del abdomen, con formación de abscesos o peritonitis secundaria. Fístula de intestino grueso (escape de contenido intestinal) por fallo en la cicatrización de las suturas que, igualmente, puede producir una infección dentro del abdomen. Puede haber lesiones vasculares o lesiones de órganos vecinos.</i> Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.</p>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	<p>Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APENDICECTOMIA

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA APENDICECTOMÍA**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA APENDICECTOMIA**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.
EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO