

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LINFADENECTOMIA RETROPEROTONEAL



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	Por medio de este procedimiento se procede a la extirpación de tejido linfático que rodea a los vasos pelvicos o femorales. Requiere una incision abdominal o toracoabdominal. La indicación es por tumor testicular y la intervención se realiza con intención curativa, de diagnóstico o complementaria a otros tratamientos como la quimioterapia.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante este proceso se pretende eliminar el tejido linfático o los ganglios afectados o la masa residual tras quimioterapia, así como la desaparición de los síntomas.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	No existen alternativas a dicho procedimiento
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Desaparición de los síntomas. El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando se considere oportuno.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Avance de la enfermedad de base y persistencia de los síntomas.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. No conseguir la extirpación del tumor o conseguirlo parcialmente <ul style="list-style-type: none">- Persistencia de los síntomas totales o parcialmente- Hemorragia incoercible durante el acto operatorio o en el postoperatorio- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura abdominal:- Parálisis intestinal pasajera o persistente- Obstrucción intestinal que precise intervención quirúrgica: ° Peritonitis ° Pancreatitis ° Hepatitis <ul style="list-style-type: none">- Problemas derivados de la herida quirúrgica: ° Infección ° Apertura de la herida ° Fístulas permanentes o transitorias ° Defectos estéticos ° Intolerancia a hilos de sutura ° Neuralgias ° Hiperestusias <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de eyaculación- Linforrea o pérdida de líquido linfático- Pérdida de riñón en forma parcial o total, de un segmento intestinal, bazo o páncreas- Tromboembolismo venoso o pulmonar
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

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 **LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL**

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 PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL**

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