

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NEFRECTOMIA SIMPLE



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO 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	Mediante este procedimiento se procede a la extirpación de un riñón que está afectado por una enfermedad. Una modalidad de esta intervención es la nefrectomía parcial, que se realiza cuando se puede conservar una parte sana del riñón. Habitualmente la incisión es en la región lumbar, por debajo de las costillas o entre las últimas, teniendo a veces que reseca la última costilla.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Se pretende la eliminación del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas que provoca.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Otras alternativas son la embolización y la terapia médica, pero en su caso, la mejor opción terapéutica es la nefrectomía simple.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Esta intervención es una cirugía importante cuya dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. Después de la intervención estará con sueros durante unos días y después del alta hospitalaria pueden persistir molestias a nivel de la herida, que desaparecerán en semanas.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Avance de la enfermedad de base. Progresión de los síntomas.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none">- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa.- Desarrollo de una infección urinaria- Hemorragia incohercible, tanto durante el acto quirúrgico, como en el postoperatorio- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax, neumotórax, hernia diafragmática)- Pleuritis o infección masiva de la cavidad torácica- Insuficiencia respiratoria- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia-apertura-, defectos estéticos, fístulas, intolerancia a materiales de sutura, neuralgias)- Lesiones de otras víceras- Lesión vascular importante- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares- Hemorragias digestivas
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

NEFRECTOMIA SIMPLE

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 **NEFRECTOMÍA SIMPLE**

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 **NEFRECTOMÍA SIMPLE**

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