

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TUMOR - LESION INTRAMEDULAR



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE 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

Es un proceso expansivo situado dentro del canal medular. La intervención consiste en la extirpación de este proceso a través de una incisión en la piel, y liberar de la manera más amplia posible según las circunstancias, los elementos nerviosos del canal medular (médula y raíces), extirpando el tumor en su totalidad si es posible. Dependiendo de la localización y extensión que sea necesario extirpar, puede ser necesario realizar también una estabilización vertebral, bien con injerto óseo o bien con elementos metálicos para que la columna pueda conservar su función de soporte.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Evitar la progresión de déficits neurológicos e identificar la estructura anatomopatológica de la lesión. Los métodos diagnósticos alternativos ya utilizados no han ofrecido una total certeza sobre la naturaleza de la lesión, que la afectación producida por el tumor podría producir o agravar la lesión que se produce sobre los elementos nerviosos y toda la transmisión de la información entre cabeza y extremidades.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Otra opción terapéutica es esperar, y administrar tratamiento médico, pero este no va a evitar la progresión tumoral y el subsiguiente daño a la médula o raíces nerviosas, por lo que en su opinión no está indicado en este caso.

RIESGOS FRECUENTES

Lesión o mayor afectación de las estructuras nerviosas, que pueden producir afectación para el movimiento o sensibilidad del cuerpo, en las cuatro extremidades o sólo en las inferiores, según la situación de la lesión; la infección, la inestabilidad de la columna, que puede producir dolores y lesión de estructuras nerviosas; y la rotura del saco que recubre las estructuras nerviosas, que puede producir pérdida de líquido cefalorraquídeo. Alteraciones autonómicas de la vejiga, el intestino y la función sexual. En región cervical trastornos respiratorios y hemodinámicos. Peligro de muerte

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

TUMOR - LESION INTRAMEDULAR

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 **TUMOR - LESION INTRAMEDULAR**
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 **TUMOR - LESION INTRAMEDULAR**
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