

CONSENTIMIENTO INFORMADO

URETEROLITOTOMIA



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 Por medio de este procedimiento se procede a la extracción de cálculos urinarios localizados en uréter, a través de técnica quirúrgica abierta, cuando no se consigue este efecto mediante otros métodos menos invasivos. La intervención consiste en la localización del cálculo y posterior extracción, previa incisión en el uréter.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN Se pretende la eliminación de los cálculos situados en el uréter, resolviendo así el problema de obstrucción.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO Otras alternativas son la cirugía y la nefrectomía, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la ureterolitotomía.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN Habitualmente es posible lograr la eliminación de los cálculos por esta vía. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento mas adecuado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO Continuará con los síntomas que dieron origen a esta indicación.

RIESGOS FRECUENTES A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

- Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas como hemorragias,
- Complicaciones del procedimiento que puedan hacer necesario la extirpación del riñón, o incluso, para evitar esto, con una derivación cutánea de la orina
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración que puede impedir proseguir la intervención
- Lesión de grandes vasos, con gran riesgo vital que puede requerir cirugía vascular
- Salida de orina por la herida o el drenaje que puede requerir el uso de catéter interno o externo
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: Infección, Dehiscencia de sutura (apertura de la herida), Eventración intestinal, Defectos estéticos, Intolerancia a materiales de sutura
- 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

URETEROLITOTOMIA

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 **URETEROLITOTOMÍA**

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 **URETEROLITOTOMÍA**

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