

# CONSENTIMIENTO INFORMADO VIA LAPAROSCOPICA



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.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	Mediante este procedimiento se pretende evitar una incisión mayor. La técnica consiste en el abordaje de los órganos abdominales mediante la introducción de trócares creando un espacio tras la introducción de aire. La intervención quirúrgica se realizará con instrumental especial. Esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen instrumentos.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Mediante este procedimiento se pretende evitar una incisión mayor. También cabe que durante la cirugía haya que realizar y que no sea posible concluir la cirugía por esta vía. Se procederá entonces a realizar la incisión habitual.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	La alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual. En su caso, lo mejor es la laparoscópica.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Lograr poca cicatriz. Tener menos dolor postoperatorio. Lograr una vuelta a casa mas rápida.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Estos son poco graves. <ul style="list-style-type: none"><li>Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas</li><li>Infección y sangrado de heridas quirúrgicas</li><li>Dolores referidos</li><li>Dolor prolongado en el sitio de la operación</li></ul>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <ul style="list-style-type: none"><li>Lesión de vasos sanguíneos y de víceras al introducir los trócares</li><li>Embolia gaseosa</li><li>Neumotórax</li><li>Trombosis venosas profundas</li></ul>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	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 VIA LAPAROSCOPICA

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 **ABORDAJE VÍA LAPAROSCOPICA**

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 **ABORDAJE VÍA LAPAROSCOPICA**

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