

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE VIA BILIAR



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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 esta técnica se va a explorar la vía biliar para confirmar el nivel y la causa de obstrucción. Dependiendo de la causa y la localización se realizará una limpieza, extirpación o drenaje de la vía biliar. En algunos casos se asocia una cirugía de duodeno y páncreas. Al extirpar la vía biliar se reconstruirá en general mediante la interposición de un segmento de intestino delgado. Estos procedimientos conllevan la realización de anastomosis y la colocación de drenajes y cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento mas adecuado.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Este procedimiento pretende resolver o prevenir la obstrucción y la infección de la vía biliar. Evita la progresión de la enfermedad y las complicaciones derivadas de la obstrucción e infección de la vía biliar.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	La alternativa es la colocación de prótesis por vía radiológica o endoscópica, pero para su caso la mejor alternativa es la cirugía. Algunos procedimientos puede realizarse mediante abordaje laparoscópico pero en su caso la opción quirúrgica es la que su cirujano considera que es la adecuada.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	La cirugía tiene por objetivo la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	La no realización de la intervención lleva al progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de necesitar una intervención quirúrgica de urgencia, en peores condiciones del paciente y con mayor riesgo quirúrgico.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica: Infección o hemorragia de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos del ritmo intestinal, dolor prolongado en la zona de operación.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Obstrucción intestinal, Fístula biliar, pancreática o digestiva, Estrechez de la vía biliar, Hemorragia o Infección interna, Infección de los conductos biliares (colangitis). Estas complicaciones de resuelven habitualmente con tratamiento médico pero pueden requerir de alguna intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.
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

CIRUGIA DE VIA BILIAR

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 **CIRUGÍA DE VIA BILIAR**

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 **CIRUGÍA DE VIA BILIAR**

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