

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLECISTECTOMIA



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	Mediante esta técnica se procede a extirpar la vesícula biliar. En algunos casos se realiza una radiografía intraoperatoria para descartar la presencia de cálculos dentro de la vía biliar, de forma que en el caso de que estén presentes, se amplía la cirugía para realizar una limpieza de estos cálculos pudiendo ser necesaria la modificación de la cirugía. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para ofrecer un tratamiento más adecuado.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como la inflamación aguda de la vesícula biliar y el páncreas, y la obstrucción de los conductos biliares que origina ictericia (color amarillo de la piel).
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Colecistectomía laparoscópica. No realizar la cirugía no es una alternativa.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Curación de la enfermedad o paliación de los síntomas. Quedará una cicatriz mas o menos amplia en función del acceso a la glándula.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Progresión de la enfermedad y deterioro del estado actual del paciente, con aparición de nuevos síntomas que requiera continua medicación y dieta para controlar la enfermedad.
RIESGOS FRECUENTES	<i>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 sangrado de herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, dolor prolongado en la zona de la operación.</i>
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Hemorragia interna, fístula biliar (escape de líquido que se encuentra en un conducto), infección de los conductos biliares, infección intraabdominal, cálculos residuales en los conductos biliares, inflamación de la glándula pancreática. Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo 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

COLECISTECTOMIA

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 **COLECISTECTOMIA**
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 **COLECISTECTOMIA**
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