

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GASTRECTOMIA



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	<p>Se realiza una incisión en el abdomen por el que se va a quitar una parte o todo el estómago según su grado de afectación. Posteriormente se reconstruirá la continuidad de aparato digestivo mediante sutura del esófago al estómago residual o con el intestino delgado. En algunos casos la resección del estómago requiere la extirpación de otros órganos abdominales como el bazo y la cola del páncreas.</p> <p>Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico en función de hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.</p>
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	<p>Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del estómago enfermo por lo que se evitará las consecuencias de la enfermedad y la progresión de la misma dependiendo del proceso que se trate.</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>En general no existe alternativas terapéuticas a este proceso, dependiendo del proceso que se trate. Las alternativas endoscópicas o laparoscópicas quedará en criterio de indicación del cirujano.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	<p>Es de esperar el control de los síntomas o curación de la enfermedad.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	<p>Riesgo de progresión de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir cirugía de urgencia, en peores condiciones del paciente y con mayor riesgo quirúrgico.</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.</p> <p>Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:</p> <p>Infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, dolor prolongado en el sitio de la operación.</p> <p>Retraso en la recuperación del tránsito intestinal. Vómitos.</p>
RIESGOS POCO FRECUENTES	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:</p> <p>Sangrado intraabdominal, fístula por fallo en la cicatrización intestinal, infección intraabdominal, estenosis o cierre postoperatorio de las anastomosis realizadas. Dependiendo de la naturaleza de la misma progresión de la enfermedad.</p> <p>Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo de mortalidad.</p>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	<p>Es necesario que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Cualquiera de las complicaciones son mas frecuentes si existen enfermedades.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTRECTOMIA

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 GASTRECTOMIA O RESECCION GASTRICA**

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 GASTRECTOMIA O RESECCION GASTRICA**

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