

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION HEPATICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE 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	Consiste en extirpar un segmento o un lóbulo hepático según el lugar de la lesión. En ocasiones hay que extirpar la vesícula biliar, el conducto biliar y órganos vecinos. Si se extirpa el conducto biliar principal es necesario reconstruirlo mediante la sutura al intestino. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones durante el procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para lograr un tratamiento más adecuado.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante esta técnica se va a extirpar una parte del hígado donde está localizada la enfermedad. Los beneficios consisten en la eliminación completa o parcial de los síntomas y la detención en su caso de la progresión de la enfermedad. Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del hígado enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo que necesitarían una intervención urgente.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Existen técnicas laparoscópicas o de radiología intervencionista para casos seleccionados y como técnicas paliativas. La recomendación de dichas técnicas quedan bajo criterio del cirujano y en general no hay técnicas alternativas a la cirugía que se le ofrece.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	La intervención tiene por objeto la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	La no realización lleva al progreso de la enfermedad e incluye la necesidad de una cirugía de urgencia, en peores condiciones clínicas del paciente y con mayores riesgos 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 sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos de las digestiones, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Sangrado o infección de la pared abdominal, obstrucción intestinal, fístulas biliares, colangitis, inflamación del páncreas. 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 que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Cualquiera de las complicaciones son mas frecuentes si existen enfermedades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION HEPATICA

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 RESECCION HEPÁTICA**

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 **CIRUGÍA DE RESECCION HEPÁTICA**

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