

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION PANCREATICA



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.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	<p>Este procedimiento pretende extirpar el páncreas enfermo, todo o parte del mismo. Según la localización de la enfermedad en ocasiones, este procedimiento se acompaña de la necesidad de extirpación de parte del conducto biliar, duodeno, bazo, estómago y órganos vecinos. Posteriormente mediante suturas se reconstruirá el tubo digestivo.</p> <p>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.</p>
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	<p>Tratar los síntomas que produce y sus posibles consecuencias y prevenir las complicaciones.</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>Se pueden plantear alternativas al tratamiento mediante técnicas de radiología intervencionista y endoscopia, o cirugías laparoscópicas. Pero se trata de casos seleccionados y en general como técnicas paliativas. La recomendación queda en criterio del cirujano para esos casos puntuales.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	<p>La intervención tiene por objeto la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	<p>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.</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p><i>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.</i></p> <p><i>Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:</i></p> <p><i>Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos de las digestiones, dolor prolongado en la zona de la operación, diabetes que requerirá insulina o hipoglucemiantes orales. dolor prolongado en la zona de la operación.</i></p>
RIESGOS POCO FRECUENTES	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:</p> <p>Fistulas por alteración en la cicatrización, sangrado intraabdominal, infección intraabdominal, obstrucción abdominal, inflamación del páncreas, ictericia.</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 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.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION PANCREATICA

ACLARACIONES

(SÓLO PARA LLENAR POR EL
YO..... MÉDICO)..... 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 PANCREATICA**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA.
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 PANCREATICA**
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