



Consentimiento
Informado Para
Adrenalectomía
Versión 3.0

Consentimiento Informado Para Adrenalectomía

Consentimiento Informado Para Adrenalectomía

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
ADRENALECTOMÍA

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula suprarrenal, afectaciones generales y de los órganos vecinos y/o controlar los niveles hormonales.

1. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.
2. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
3. Se me va a extirpar una glándula localizada encima del riñón denominado suprarrenal, siendo rara la necesidad de tener que extirpar las dos.
4. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar las posibles alteraciones hormonales durante la cirugía o después de la intervención.
5. También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos y que es posible que después de la operación me quede un déficit hormonal que requiera tratamiento médico.
6. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
- 7. Complicaciones:**
 - a. **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Flebitis, Dolor prolongado en la zona de la operación.
 - b. **Poco frecuentes y graves:** Alteraciones cardiocirculatorias e hidroelectrolíticas por modificaciones en los niveles hormonales, Sangrado o infección, Recidiva de la enfermedad.
8. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
9. El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:.....
.....
(Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).
10. También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

11. Por mi situación vital actual (Diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
.....

12. El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ADRENALECTOMIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....