



Consentimiento Informado para
Cirugía de Nefrectomía
Laparoscópica

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Laparoscópica

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Laparoscópica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una:

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende la extirpación total o parcial del riñón enfermo, denominándose simple si sólo se extirpa el riñón, radical si se extirpa con la grasa que le rodea, incluyendo en ocasiones la glándula adrenal del mismo lado, y parcial cuando se conserva la parte sana del riñón.
- El médico me ha explicado que la utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor postoperatorio, una más rápida recuperación y menores lesiones cicatriciales.
- El médico me ha explicado que el procedimiento es una cirugía importante que 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 los servicios de anestesia y hematología.
- Mediante esta técnica se extirpa total o parcialmente el riñón enfermo a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo.
- En la llamada “cirugía laparoscópica ayudada por la mano” uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que el cirujano pueda introducir una mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción de riñones tumorales o de mayor tamaño.
- 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 como no conseguir la extirpación total o parcial del riñón por esta vía y tener que realizar una cirugía convencional; la persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente; infección urinaria por sondaje vesical; hemorragias incoercibles tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una mínima gravedad hasta la posibilidad cierta de muerte, bien por efecto del sangrado o por efecto secundario de los tratamientos empleados; lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.) con las mismas consecuencias de la complicación hemorrágica, así como peritonitis, shock séptico y posible muerte; complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotórax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria; complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fístula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices; enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado 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.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentarla frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que otra alternativa es, aparte la abstención terapéutica, la cirugía convencional, pero que en mi caso la mejor alternativa es la nefrectomía laparoscópica.

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho 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:
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

LADO Derecho
 Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).