



Consentimiento Informado para
Cirugía de Nefrectomía Parcial

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Parcial

Consentimiento Informado – Urología Adulto

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrectomía Parcial

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 PARCIAL.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la parte enferma del riñón y la desaparición de los síntomas que produce.
- El médico me ha explicado 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 los servicios de anestesia y hematología.
- Mediante esta técnica se extirpa parcialmente el riñón donde el problema se localiza.
- Esto es así porque la intervención suele realizarse para extirpar un tumor maligno o la lesión y, habitualmente, con intención curativa o paliativa. Puede, en ocasiones asociarse a una linfadenectomía regional.
- Sé que en ocasiones la cava se ve interesada y que en ese caso es necesario actuar sobre ella para la extirpación del trombo.
- También sé que el postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.
- 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 parcial y tener que realizar una nefrectomía radical y la persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente; hemorragia incoercible, 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 gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal) con resultados imprevisibles; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura–), fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias dolores nerviosos, hiperestesias aumento de la sensibilidad o hipoestesias disminución de la sensibilidad); fístulas que pueden requerir manipulaciones endo urológicas e incluso la nefrectomía completa; problemas derivados de la linfadenectomía y de la propia técnica aunque dentro del mismo acto quirúrgico (lesiones vasculares severas de las arterias aorta, renal, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales que pueden requerir soluciones endo urológicas o quirúrgicas, linfocele con posibilidad de sobreinfección, linforragia persistente de duración variable); tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

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 aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que no existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

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 PARCIAL.**

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).