



Consentimiento Informado para
Cirugía de Nefrolitotomía Percutánea

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrolitotomía Percutánea

Consentimiento Informado para Cirugía de Nefrolitotomía Percutánea

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, al tratamiento quirúrgico para:

NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación total o parcial de los cálculos del riñón enfermo, así como la desaparición de los síntomas y la prevención de las posibles complicaciones producidas por los cálculos.

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

Mediante esta técnica se extraen los cálculos renales mediante un nefroscopio que es introducido al riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar. Tiene unas indicaciones muy precisas, sustituyendo a la cirugía abierta clásica.

Sé que su realización precisa de anestesia general o regional y que para la total eliminación del cálculo, en algunos pacientes este procedimiento debe complementarse con sesiones posteriores de litotricia extra corpórea por ondas de choque o cirugía.

El médico me ha advertido que en caso de fracaso de la técnica, el cirujano podrá decidir resolverlo por cirugía abierta, en el mismo momento, a lo que también he dado mi consentimiento.

El médico también me ha dicho que el procedimiento termina con la colocación de una sonda en el riñón exteriorizada a través del orificio practicado en la zona lumbar, manteniéndose durante unos días.

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 extracción de los cálculos o la recidiva de los cálculos; infección del riñón y de la vía urinaria; hemorragia tanto en la exploración como en el postoperatorio, de consecuencias imprevisibles; perforación de la vía urinaria, que puede requerir el uso de catéteres internos o externos para solucionarlo; complicaciones traumáticas de estructuras próximas al riñón: perforación de vías intestinales, traumatismos viscerales y lesiones de la pleura; aparición de fístula arteriovenosa renal; afectación de la función renal; 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, 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 otras alternativas son las ondas de choque y la cirugía abierta clásica, pero que en mi caso la mejor opción terapéutica es la Nefrolitotomía percutánea.

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.

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:
NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

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).