



Consentimiento Informado Para
Resección Hepática Por Cirugía
Abierta

Consentimiento Informado Para Resección Hepática Por Cirugía Abierta

Consentimiento Informado Para Resección Hepática Por Cirugía Abierta

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 de
RESECCIÓN HEPÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA.

INFORMACION

Mediante una incisión en el abdomen se me va a extirpar una parte del hígado enfermo. Según la localización de la enfermedad, habrá quizás que extirpar la vesícula biliar, el conducto biliar o ampliar la resección a órganos vecinos afectados. Si se extirpa el conducto biliar principal será necesario reconstruirlo mediante sutura con un segmento de intestino.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de lo cual seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados

Beneficios del procedimiento

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del hígado enfermo, intentando evitar las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, infección biliar o hepática., progresión de la enfermedad.) que precisarían intervención urgente.

Alternativas al procedimiento

En algunos casos se pueden intentar otros tratamientos como quimioterapia, Quimioembolización, ablación por radiofrecuencia

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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, que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de la digestión. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula biliar. Sangrado o infección intra abdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Insuficiencia hepática, creación de colecciones o biliosas postoperatorios, trombosis vasculares de arteria hepático o vena porta.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), y a veces se precisa la realización de otros procedimientos como CPRE o drenaje percutáneo de la vía biliar y/o de colecciones postoperatorias, sin embargo a veces pueden llegar a requerir incluso una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos personalizados y otras circunstancias:

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter docente, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.



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
RESECCIÓN HEPÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA.

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).