



Consentimiento
Informado para
Linfadenectomía
Retroperitoneal
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Linfadenectomía Retroperitoneal

Consentimiento Informado – Cirugía Oncológica

Consentimiento Informado para Linfadenectomía Retroperitoneal

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
LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL.

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del tejido linfático o de la masa residual tras quimioterapia, así como la desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales.

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 procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos retroperitoneales. La indicación es por tumor maligno testicular y la intervención se realiza con intención curativa, de diagnóstico o complementando a otros tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia. Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal o toraco - abdominal con anestesia general.

El médico me ha explicado que durante el acto quirúrgico, a la vista del hallazgo, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas.

El postoperatorio normal puede ser 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 de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial, persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente, hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas como consecuencia directa 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 reintervención, peritonitis, infección de la cavidad intestinal, con resultados imprevisibles, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica), 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),

hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad y de los efectos de los tratamientos administrados, pérdida de la eyaculación, linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible, pérdida de un riñón de forma parcial o total o de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas, lesiones de la aorta o la cava, o vasos iliacos de gravedad variable, pues puede afectar a órganos abdominales y/o a la pierna; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

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 indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....

aunque puede ser realizable sin su 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 vital 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 aunque puede utilizarse la quimioterapia, en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

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: **LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL.**

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:.....