



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA LAPAROSCOPICA DE TUMORACION OVARICA

Fecha de ingreso

Yo,, DNI autorizo al Dr.
..... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a
efectuar en mi persona los siguientes procedimientos:

.....
.....

La CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE TUMORACIÓN OVÁRICA consiste en el abordaje de la pelvis y ovarios mediante la introducción de trócares e instrumentos (óptica, pinzas), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la introducción de gas en abdomen. Se revisan el(los) ovario(s) afectado(s) y se procede a su extracción. Si el tumor está muy adherido al ovario es imprescindible incluirlo a él también en la extirpación, que se exterioriza dentro de una bolsa; incluso, en ocasiones, no es posible salvar la trompa de Falopio de ese lado. Por medio del presente documento, manifiesto entender que: La cirugía implicará como beneficio la cura de la enfermedad de base o, en caso, la disminución de los síntomas y aumento de la calidad de vida. He recibido información acerca de que la alternativa posible es realizar la intervención mediante cirugía abierta (laparotomía). En caso de rechazar el procedimiento existe la posibilidad que la enfermedad no se logre tratar, pudiendo implicar un eventual deterioro progresivo de mi salud e incluso el fallecimiento.

Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de posibles complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
- Infección de la herida operatoria;
- Sangrado excesivo intraoperatorio el cual requiera transfusión de sangre;
- Cefalea post anestesia;
- Seromas y hematomas;
- Hemorragia local que precise reintervención;
- Hematoma postoperatorio, que se reabsorbe sin necesidad de revisión quirúrgica;
- Inclusive el fallecimiento.
- Adicionalmente deben tenerse en cuenta las derivadas de la laparoscopia, a saber:
 - Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas;
 - Infección o sangrado de las heridas quirúrgicas;
 - Dolores referidos, habitualmente en el hombro, y el dolor prolongado en la zona
 - Lesión de vasos sanguíneos (hemorragias) o de vísceras al introducir los trocares (hemorragias, perforación intestinal);
 - Embolia gaseosa;
 - Neumotórax;
 - Trombosis en extremidades inferiores, siempre son posibles, aunque raras.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

.....
.....
.....



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico