



CONSENTIMIENTO INFORMADO EVENTROPLASTIA CONVENCIONAL O LAPAROSCOPICA

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 eventración es un defecto de la pared abdominal, luego de una cirugía, por el cual la sale contenido del abdomen (grasa, intestino o cualquier órgano del abdomen). Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal eliminando la eventración. Se evitan así las molestias que la eventración le produce y el posible atascamiento de la misma y daño de los órganos eventrados.

El cirujano me ha explicado que se puede realizar por vía laparoscópica o convencional, dependiendo cada caso en particular. La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas (dióxido de carbono) y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía). La técnica abierta consiste en la incisión de la piel sobre la misma eventración. 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 cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Al reparar el defecto, desaparecerá la eventración. Se requiere reposo durante cierto tiempo. No es previsible que esta intervención produzca efectos indeseables a largo plazo. La desaparición de la eventración tras la intervención evitará las posibles complicaciones de la misma y le permitirá, pasado el tiempo recomendado, mejorar su actividad física. Si se opera por laparoscopia, la incisión es menor. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

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, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de la digestión. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves:

Sangrado dentro del abdomen/pared abdominal. Infección dentro del abdomen/pared abdominal, con formación de hematomas.

Si se le coloca malla, puede existir en algunos pocos casos rechazo de la malla o infección de la misma. Puede ser necesario tratamiento adicional con medicamentos o inclusive una nueva cirugía para la extracción de la malla.

Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que debe ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente.

Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

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

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