

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Consiento que el/la doctor/a como cirujano/a y sus ayudantes me realicen una Cirugía Laparoscópica como tratamiento para.....

Entiendo que ésta cirugía consiste básicamente en la introducción de gas a través del abdomen y luego la colocación de un tubo por el ombligo que contiene un instrumento óptico para ver en el interior y por medio de otros orificios en diferentes sitios, la colocación de pinzas e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía, observando la imagen en una pantalla.

Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar resultado alguno, pues la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta, debiendo mi médico/a colocar todo su conocimiento y pericia para intentar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos para la patología que padezco tales como: , y voluntariamente he elegido la cirugía laparoscópica.

Entiendo que si se inicia la cirugía por vía laparoscópica, ante los hallazgos y/o circunstancias del acto quirúrgico, existe la posibilidad de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a continuar la misma por vía abdominal dependiendo del criterio médico.

Entiendo que éste procedimiento requiere anestesia, la cual se evaluará y realizará por el Servicio de Anestesia.

Entiendo que como toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar médico, se pueden presentar complicaciones poco comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómitos, dolor, inflamación, hematomas (acumulación de sangre), granulomas (reacción a cuerpo extraño), queloides (crecimiento excesivo de las cicatrices), cistitis, retención urinaria, heridas involuntarias en el útero, trompas, ovarios, intestino, vejiga u otros órganos, sangrado o hemorragia con posible necesidad de transfusión sanguínea (intra o postoperatoria), infecciones con posible evolución febril, íleo paralítico (acumulación de gases y líquido en el intestino), reacciones alérgicas, anemia. También se me informa la posibilidad de otras complicaciones severas, como histerectomía (pérdida del útero), colostomía (comunicación del intestino a la pared del abdomen), trombosis (formación de coágulos) y muerte.

En mi caso particular, el/la doctor/a me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:.....

He entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha/o con la información brindada por el/la médico/a tratante, quien lo ha hecho en lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y evacuar dudas, y todas ellas han sido resueltas. Además, entiendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.



En tales condiciones autorizo que se me realice Cirugía Laparoscópica.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....