

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA POR CÁNCER VESICULAR

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende la eliminación de los tejidos tumorales y tejidos vecinos donde pudiera estar invadiendo el tumor además de los ganglios linfáticos con el objeto de aumentar la sobrevida del paciente afectado de un cáncer de vesícula.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento que es una cirugía abierta, se me va a extirpar la vesícula biliar con cáncer.
- La cirugía consiste en el abordaje del abdomen mediante una importante incisión que permita acceder a explorar toda la cavidad abdominal.
- Luego de esto se procederá a extirpar la vesícula biliar en su totalidad incluyendo el tumor además de un trozo de hígado donde estaba ubicada la vesícula, se retirarán además tejidos cercanos a la vesícula que corresponden a las zonas más frecuentes de ramificación de los tumores vesiculares incluyendo los ganglios linfáticos.
- En casos de que se trate de reoperaciones ya que ya se había extirpado la vesícula y la biopsia de esta arrojó cáncer se practicará la misma técnica.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica 2. retención aguda de orina 3. flebitis 4. infecciones respiratorias y colapsos de un pulmón llamado Neumotórax 5. también producto de problemas de cicatrización, esfuerzos y estados de tos se puede producir la dehiscencia de la herida operatoria requiriendo re-sutura 6. trastornos temporales de las digestiones 7. dolor prolongado en la zona de la operación.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. fistula biliar con salida de bilis en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de nuevas intervenciones abiertas o endoscopías 2. sangrado o infección intraabdominal 3. fistula intestinal 4. ictericia 5. pancreatitis 6. Por la cirugía puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia, accidentes vasculares encefálicos.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha