

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 dolores, cólicos.
- Mejora la tolerancia a los alimentos.
- Evita complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente.
- Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias.
- El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende extirpar la vesícula biliar.
- 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 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).
- En algunos casos puede ser necesario realizar radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de esta forma que, en caso de que estén presentes, se ampliara la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesario la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía).
- 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. trastornos temporales de las digestiones 5. dolor prolongado en la zona de la operación 6. 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: 1. estrechez de la vía biliar 2. fistula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis) 3. sangrado o infección intraabdominal 4. fistula 5. colangitis 6. ictericia 7. pancreatitis.
- 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