

Consentimiento Informado

Cirugía de Hernia Diafragmática

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Objetivos:

- Se me ha explicado que la hernia diafragmática se trata de un defecto en el diafragma por donde se deslizan en ocasiones órganos de la cavidad abdominal al tórax.
- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto del diafragma que causa mis síntomas.
- Recolocar los órganos en su posición habitual intentando poder evitar sus posibles complicaciones (estrangulación de los órganos herniados, problemas respiratorios, etc.), que preciserían intervención urgente.

Procedimiento y Características:

- Mediante una incisión en el abdomen (laparotomía) o en el tórax (toracotomía) según el caso, se va a intentar recolocar estas vísceras en su posición habitual y reparar el defecto del diafragma.
- En ocasiones, es necesario la colocación de material sintético (malla) para cubrir y reforzar el defecto muscular.
- 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.

- POCO GRAVES Y FRECUENTES:
 1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica
 2. Retención aguda de la orina
 3. Flebitis
 4. Neumotórax postoperatorio
 5. Derrame pleural
 6. Dolor prolongado en la zona de la operación
- POCO FRECUENTES Y GRAVES:
 1. Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida)
 2. Complicaciones pulmonares
 3. Sangrado o infección intrabdominal
 4. Reproducción de la enfermedad
- 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

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Firma: _____

Rut: _____

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: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.