

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-01

### Apendicectomía Laparoscópica

Rev.03

Sr. / Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr. / Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO

La extirpación del apéndice que se encuentra inflamado a través de la vía laparoscópica, evitando una Incisión mayor, y con dolor post operatorio más leve y la recuperación más rápida. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias ostoperatorias.

#### CARACTERÍSTICAS DEL APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (En qué consiste)

La técnica consiste en el abordaje de los órganos mediante la introducción de trócares y una cámara de video creando un espacio tras la insuflación de aire. La intervención quirúrgica se realizara con instrumental especial, esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen los instrumentos. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. Consiste en la extirpación del apéndice cecal enfermo. En los casos en que técnicamente o por hallazgos intra operatorio no sea posible concluir la cirugía por esta vía se deberá cambiar la técnica y se procederá a realizar la incisión habitual. De igual modo en algunos casos se deberán dejar tubos drenajes de material plástico para el drenaje de líquidos residuales.

#### RIESGOS POTENCIALES DEL APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

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: extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de herida quirúrgica, dolores referidos habitualmente al hombro, dolor prolongado en la zona de operación.
- Poco frecuentes o graves: lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares, Peritonitis o abscesos residuales, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores, sepsis. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia referente a mis antecedentes de salud.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante frecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para procurar solucionarla.

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que la alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual de 5 a 6 cm. en la región abdominal baja derecha.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-01

Apendicectomía Laparoscópica

Rev.03

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Apendicectomía Laparoscópica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Apendicectomía Laparoscópica.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **Apendicectomía Laparoscópica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)