

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-02

Apendicectomía Tradicional

Rev.04

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 y que se ubica en el abdomen bajo y resolver o prevenir la posible Peritonitis o colecciones de material purulento.

CARACTERÍSTICAS DEL APENDICECTOMÍA TRADICIONAL (En qué consiste)

Se hace un corte en la parte inferior derecha del abdomen que permite llegar al apéndice inflamado y extirparlo. Se saca a la vez la secreción purulenta que pudiera hallarse dentro del abdomen. A continuación se procede a suturar los tejidos que se han abierto, terminando con la piel.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Hasta que el intestino no recobre sus movimientos habituales, el paciente permanecerá a dieta y con sueros por vena durante un periodo que puede durar 1 o 2 días. La administración de antibióticos es importante en el tratamiento, así como la posible necesidad de dejar un drenaje al exterior y una sonda para la nariz para dar salida al contenido del estómago.

RIESGOS POTENCIALES DEL APENDICECTOMÍA TRADICIONAL

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad y otros) los específicos del procedimiento: La extirpación del apéndice no siempre impide que los microbios que están en el peritoneo o en la herida produzcan infección. Su naturaleza hace posible que, a pesar de todo, se formen bolsas de pus llamadas abscesos. Si esto ocurre habría que colocar drenajes o habría que operar de nuevo.

Pocos días después de la intervención, o al cabo de los años, puede presentarse una obstrucción intestinal como secuela de la inflamación del peritoneo o hernia incisional, pero esto es muy poco frecuente.

- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

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

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

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

De momento no hay otra alternativa de tratamiento, salvo la abstención terapéutica que puede causar la muerte en corto plazo.

Con esta operación se consigue la total recuperación del paciente.

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-02

Apendicectomía Tradicional

Rev.04

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 Tradicional**

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

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

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 Tradicional** 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)