


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Apendicectomía Tradicional	FL-CDM-02
		Rev. 03

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Re presentante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## 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.

## EN QUE CONSISTE LA APENDICECTOMIA TRADICIONAL

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 DE LA APENDICECTOMIA 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.

## RIESGOS PERSONALIZADOS:

---

---


## 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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Apendicectomía Tradicional</b>	FL-CDM-02
		Rev. 03

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.

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 nombre.

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

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

## DECLARO:

Que el/la Docto/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a una **APENDICECTOMIA TRADICIONAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **APENDICECTOMIA TRADICIONAL**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

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

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

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **APENDICECTOMIA 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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCACION

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

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

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante Legal o Familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

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

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_