

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Colecistectomía Laparoscópica

FL-CDM-09

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 Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO:

Mediante este procedimiento, se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia que precisaran en muchas ocasiones una intervención urgente

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor que conlleven a un riesgo de hernias postoperatorias.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMIA LAPARÓSCOPIA

La Cirugía Laparoscópica utiliza trocares y una cámara de video los cuales ingresan al abdomen a través de 4 pequeñas incisiones, a través de estos se introduce gas a la cavidad abdominal y se utiliza instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual.

En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con medio de contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, cabiendo la posibilidad de que haya que realizar modificaciones de la técnica por los hallazgos intraoperatorios, a fin de proporcionar el tratamiento más adecuado; pudiendo llegar incluso a convertirla en una Cirugía Tradicional.

En la Cirugía Laparoscópica el dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser mas corto y confortable

RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMIA LAPARÓSCOPIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda la intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- **Frecuentes y de menor gravedad:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales digestivos. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas ocasionando dolores referidos, habitualmente al hombro. Excepcionalmente pequeñas hernias incisionales.
- **Poco frecuentes y graves:** Estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis Colangitis, Ictericia, Pancreatitis, Coledocolitiasis. En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento (medicamentos, sueros, etc.), pudiendo precisar de la realización de otros exámenes o procedimientos (CPRE o Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica y/o drenaje de la bilis).

Sangrado o infección intra abdominal. Fístula intestinal

Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia.

- **Riesgos anestésicos:** 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, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.


RIESGO PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios nos sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

La intervención puede realizarse por cirugía abierta.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Colecistectomía Laparoscópica	FL-CDM-09
		Rev. 03

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 mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que lo atenderá con mucho gusto.

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.

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 una **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ 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 una **COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana e informada decisión pidiera ocasionar.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

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)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____