

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CIN-04

Cirugía Abierta de Hernia en Niños

Rev.01

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

Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando el aumento de la hernia, las molestias que ella produce y la estrangulación de la misma, que obligaría a una cirugía urgente.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA ABIERTA DE HERNIA EN NIÑOS (En qué consiste)

Se va a reparar la hernia, que es un defecto de la pared abdominal, por donde en algunos casos, se desliza alguna víscera u órgano. La operación consiste en liberar e contenido de la hernia y reparar el defecto. A veces, para una reparación segura, hay que colocar un material de refuerzo (malla)

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

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA ABIERTA DE HERNIA EN NIÑOS

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 y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica; dolor o inflamación de las venas por donde se administran los medicamentos (flebitis), retención aguda de orina, seroma, hematoma o equimosis, dolor en la zona de la operación.
- Poco frecuentes o graves: dolor post operatorio prolongado por afectación nerviosa. En hernias inguinales: inflamación o atrofia testicular, reproducción de la hernia, lesión vascular y del cordón espermático.
- 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 están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso no existe ningún otro método para realizar el tratamiento quirúrgico de la hernia.

Aunque sería posible usar un braguero o faja de por vida, no es seguro que con ello se eviten las complicaciones.

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CIN-04

Cirugía Abierta de Hernia en Niños

Rev.01

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 **Cirugía Abierta de Hernia en Niños**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Abierta de Hernia en Niños**

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 una Cirugía **Abierta de Hernia en Niños** 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)