

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-117

Nefrectomía Radical

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

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del riñón enfermo y la desaparición de los síntomas que provoca.

CARACTERÍSTICAS DE LA NEFRECTOMÍA RADICAL (En qué consiste)

Se procede a la extirpación radical del riñón para tratar un tumor maligno y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía regional o radical. De forma excepcional la nefrectomía puede realizarse tras inmunoterapia. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función de tamaño, localización y lesiones. En ocasiones la vena cava está afectada, en cuyo caso será necesario actuar sobre ella y sobre la vena renal para extirpar el trombo. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El post operatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

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.

RIESGOS POTENCIALES DE LA NEFRECTOMÍA RADICAL

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 los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Piotorax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura, apertura, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgia, hiperesetesia o hipoestesia, lesiones de otras vísceras (intestino, vasos, hígado..).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y venas suprarrenales, etc.
- Tromboembolismos venosos, profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).

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

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, 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 la 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

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-117

Nefrectomía Radical

Rev.04

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

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 **Nefrectomía Radical.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Nefrectomía Radical.**

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 **Nefrectomía Radical** 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)

REVOCAACION:

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)