

Consentimiento Informado APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende extirpar el apéndice cecal enfermo, evitando una incisión mayor. El dolor postoperatorio es más leve y la recuperación más rápida. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias.

Características

La técnica consiste en el abordaje de los órganos mediante la introducción de trocates creando un espacio tras la introducción de aire. La intervención quirúrgica se realizara con instrumental especial, esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen los instrumentos.

En casos en que técnicamente o por hallazgos intra operatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía, se procederá a realizar la incisión habitual. De igual modo en algunos casos se deberán dejar drenajes de material plástico para el drenaje de líquidos residuales.

Él médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos

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 otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de herida quirúrgica, dolores referidos habitualmente al hombro, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocates, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores.

Él médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que la alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual. En mi caso, la mejor opción es la laparoscopia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal