

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

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 y del páncreas e ictericia, por medio de la extirpación de la vesícula biliar a través de una incisión en la pared abdominal.

Características

Mediante esta técnica se va a extirpar la vesícula biliar. En algunos casos se realizará una radiografía intra operatoria (Colangiografía) para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos pudiendo ser necesario la derivación de la vía biliar (drenaje por Sonda T). Por estos procedimientos puede ser necesario dejar drenajes que permanecerán un tiempo.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento mas adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

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 otros órganos, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Hemorragia interna, fistula biliar o intestinal, colangitis (infección de los conductos biliares), estrechez de la vía biliar, infección intra abdominal, coledocolitiasis, ictericia, pancreatitis.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

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 en mi caso no existe alternativa terapéutica eficaz.

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 **COLECISTECTOMÍA CLÁSICA ABIERTA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal