

Consentimiento Informado COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

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 y del páncreas e ictericia, por medio de la extirpación de la vesícula biliar.

Características

A través de cuatro pequeñas incisiones se introducirán óptica y pinzas que permitirán la extirpación de la vesícula biliar afectada de coledocitis (cálculos). En todo caso se me ha informado que si los hallazgos lo hicieran necesario debería procederse a una colecistectomía abierta.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección y ejecución de la técnica 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 como:

- Sangramiento que en algunos casos puede hacer necesaria una reoperación
- Filtración de bilis que igualmente en algunos casos obliga a punciones y/o reoperación
- Lesión traumática de los conductos biliares (colédoco), complicación que se ve en el 0.5%

El médico me ha indicado la necesidad advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, etc. así como informar de los medicamentos que estoy tomando.

Finalmente se me ha informado que no existe tratamiento médico (no quirúrgico) para esta enfermedad de la vesícula.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

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

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal