CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ……., nº historia: ……

Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí**☐ **No**☐

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que la hernia diafragmática se trata de un defecto en el diafragma por donde se deslizan en ocasiones órganos de la cavidad abdominal al tórax. Mediante una incisión en el abdomen (laparotomía) o en el tórax (toracotomía) según el caso, se va a intentar recolocar estas vísceras en su posición habitual y reparar el defecto del diafragma. En ocasiones, es necesario la colocación de material sintético (malla) para cubrir y reforzar el defecto muscular.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que el paciente manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que el paciente manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende reparar el defecto del diafragma que causa mis síntomas y recolocar los órganos en su posición habitual intentando evitar sus posibles complicaciones (estrangulación de los órganos herniados, problemas respiratorios, etc.), que precisarían intervención urgente…….
……..

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad……....
……..

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, 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, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, neumotórax postoperatorio, derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Complicaciones pulmonares. Sangrado o infección intraabdominal. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……..

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

……..

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

……..

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……..…….

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(CIRUGÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Dr/a: ……

Firma del paciente

D./Dª: …….

Colegiado nº ……..

Fecha**:** ……

D./Dª: ……, con DNI: ……..……

en calidad de …… a causa de ……. doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha**:** ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª: ……., con DNI: ……..……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha ……