|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER NOMBRE** | | | **SEGUNDO NOMBRE** | | | | **PRIMER APELLIDO** | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | |
| ${primer\_nombre} | | | ${segundo\_nombre} | | | | ${primer\_apellido} | | | | ${segundo\_apellido} | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | | | **TIPO DE AFILIACION** | | | | **ASEGURADORA** | | | | |
| ${tipo\_documento} | | | ${documento} | | | | ${afiliar} | | | | ${aseguradora} | | | | |
| **EDAD** | ${edad} | | **SEXO** | ${sexo} | | | **FECHA** | | ${fecha} | | **HORA** | | ${hora} | | |
| **NOMBRE DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AMPULECTOMIA CON INSERCION DE STENT** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| El médico me ha explicado que este tipo de técnica endoscópica utiliza un endoscopio flexible de visión lateral, que es introducido por la boca llegando hasta la papila duodenal, donde desembocan los conductos biliar y pancreático. La lesión se extirpa con un asa de polipectomía que aplica una corriente eléctrica. Una vez extirpada la lesión se procede a recuperar el tejido extirpado para realizar su estudio anatomopatológico. Es posible que se coloque un stent pancreático de plástico y/o biliar temporal con el fin de reducir la posibilidad de inflamación aguda del páncreas. Una vez extirpada la lesión el espécimen quirúrgico se envía a estudio anatomopatologico para evaluación definitiva de las características benignas o malignas de la lesión, si existe compromiso invasivo de la pared; en este caso requiere de un tratamiento quirúrgico más complejo. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Extirpación de la ampolla de váter | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIOS QUE RAZONABLEMENTE SE PUEDEN ESPERAR DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirar la lesión neoplásica de la ampolla de Váter | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOS MÁS FRECUENTES SON LEVES Y TRANSITORIOS,  ✓ la distensión abdominal, ✓ dolor torácico, ✓ Dolor abdominal ✓ Trastornos de la digestión ✓ Malestar en la garganta. ✓ Perforación de las paredes del duodeno que requieran cirugía de urgencia  OTROS PUEDEN SER MÁS GRAVES Y ESPECÍFICOS  ✓ Pancreatitis aguda, ✓ Hemorragia, ✓ Infección ✓ Perforación. ✓ Sepsis ✓ Muerte  Estas complicaciones pueden ser tratadas médicamente con sueros, analgésicos, antibióticos, transfusiones, reposo intestinal (ayunas) durante varios días y/o endoscópicamente, pero en algunos casos es necesario realizar una reintervención quirúrgica u otro ti po de reintervenciones invasivas. En casos muy excepcionales, la ampulectomía puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI, EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS | | | | | X | | | NO, LA ÚNICA ALTERNATIVA ES NO TRATAR O NO APLICAR EL PROCEDIMIENTO | | | | | |  | |
| **DESCRIBA LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| En su caso la alternativa quirúrgica de realizar el procedimiento por vía abierta representa un mayor riesgo | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESPUESTAS A INQUIETUDES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS INQUIETUDES** | | | | | | | | **RESPUESTA DEL MÉDICO TRATANTE** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **DECISIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Me permito manifestar que he recibido información clara y precisa, acerca del tratamiento o procedimiento que se me va a practicar y que aparece descrito en este mismo formato. El/la profesional que me atiende y cuyo nombre aparece en este formato me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se realiza, el objetivo de practicármelo y los beneficios que razonablemente se pueden esperar del mismo. También me ha explicado los riesgos reales y potenciales, así como los riesgos con relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa.  Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones por los hallazgos intra-operatorios para proporcionarme el tratamiento adecuado. Igualmente, reconozco que no se me ha garantizado los resultados que se preparan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad medica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para la ejecución de la Ley 23de1981.  Reconozco que se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia personal que pueda aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.  Autorizo a GASTROQUIRURGICA SAS y a sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención y en recuperación todos los medicamentos, anestésicos o medios de contraste que sean necesarios. Así mismo, autorizo a la institución a tomar las muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológico.  Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas y he recibido respuesta a todas ellas, comprendiendo todo a cabalidad y disponiendo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria, que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, en cuyo caso deberé informar por escrito el cambio de decisión al equipo de salud de la institución.  En consecuencia, manifiesto que he decidido lo siguiente en relación con el tratamiento o procedimiento quirúrgico propuesto y avalo mi decisión con mi firma: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | ${rec} | | **Acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | | ${ace} |
| **FIRMA DEL MEDICO** | | | | | | | | **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | |
| ${firma\_profesional}  CC. ${cedula\_profesional} | | | | | | | | ${firma\_paciente\_acepta}  CC. ${cedula\_paciente} | | | | Huella  (En caso de que el  paciente refiera no saber firmar) | | | |
| En caso de que el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación legal. Teniendo en cuenta lo anterior, se delega la decisión según La  ley 73 de 1988 que en su Artículo 5°, traduce el orden a quien se le puede solicitar el consentimiento, para asistir médicamente a una persona. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | ${nombre\_representante} | | | | | | **FIRMA** | | ${firma\_representante} | | | | | |
| **PARENTESCO** | | ${parentesco\_representante} | | | | | | **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | ${documento\_representante} | | | | | |
| **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por medio de la presente declaro en pleno y normal uso de mis facultades mentales que, sin que exista presión externa alguna para la toma de mi decisión la cual es libre y conociendo los alcances de la misma y ejerciendo el derecho a la autonomía que tengo como paciente y/o representante legal, REVOCO la autorización entregada a la Clínica Gastroquirurgica SAS. para mi estudio diagnostico y/o procedimiento quirúrgico, que me fue informado anteriormente sobre el propósito de la atención, las ventajas, complicaciones, molestias, riesgos, y haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión y eximiendo al médico tratante, al equipo de salud y a la institución de toda responsabilidad. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | | **EN CASO DE QUE EL PACIENTE CAREZCA DE COMPETENCIA PARA FIRMAR, PROCEDE A FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | |
| ${firma\_paciente\_rechaza} | | | | | | | | ${firma\_representante\_rechaza} | | | | | | | |