



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

## Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares / terceros.....

Nombre del médico tratante.....

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie)

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente: **OPERACIÓN ANTIRREFLUJO POR VÍA LAPAROSCÓPICA (VALVULOPLASTIA DE NISSEN O TOUPET)**

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr. : .....

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles . Los riesgos más destacados son los siguientes :

- Hemorragia postoperatoria, intrabdominal o de los trócares.
- Apertura de las pleuras con neumotórax. Derrame plural.
- Perforación esofágica o gástrica, con posibilidad de peritonitis o absceso intrabdominal, complicación de baja incidencia.
- Insuficiencia respiratoria, por distress, neumonía o bronconeumonía, con prolongación de la asistencia respiratoria mecánica.
- Enfisema mediastinal y/o subcutáneo, sin trascendencia clínica.
- Fiebre por foco infeccioso abdominal, respiratorio o urinario.
- Trombosis venosa de miembros inferiores, con posibilidad de tromboembolismo pulmonar.
- Conversión a cirugía abierta o convencional.
- Omalgia postoperatoria.
- Disfagia.
- Bloating o plenitud postprandial. Dificultad para eructar.
- Diarrea.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado las siguientes:

.....  
.....  
.....  
.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

## Documento de Información y Consentimiento

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha.....

Firma del paciente..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de los familiares

o allegados..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico.....