



SANATORIO MODELO S.A. Documento de Información y Consentimiento

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

Nombre del paciente:

Nombre del Familiares o Tercero:

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 por **vía laparoscópica**

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.

1. Mediante este procedimiento se pretende evitar una incisión mayor. El dolor postoperatorio es mas leve y la recuperación más rápida. Al realizarse incisiones mas pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias.
2. 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, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hemoterapia.
3. La técnica consiste en el abordaje de los órganos mediante la introducción de trócares creando un espacio tras la introducción de aire. La intervención quirúrgica se realizará con instrumental especial. Esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen los instrumentos. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. Entiendo que en casos en que técnicamente o por hallazgos intra operatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a realizar la incisión habitual.
4. 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, poco graves y frecuentes. Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas. Infección o sangrado de las heridas quirúrgicas. Dolores referidos, habitualmente al hombro. Dolor prolongado en la zona de operación, o poca frecuentes y graves. Lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares. Embolia gaseosa, neumotorax, trombosis en extremidades inferiores. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....
(aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).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



SANATORIO MODELO S.A.

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

Documento de Información y Consentimiento

(diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....

El médico me ha explicado que la alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual. En mi caso, la mejor opción es la laparoscopia.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los 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.-

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

Fecha: [Haga clic aquí y escriba la fecha]

Firma del paciente:

Negativa a recibir información: Firma:

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Negativa a recibir información: Firma: