CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA COMBINADA

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

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, mediante este procedimiento, se me va a extirpar un pólipo localizado en el colon mediante endoscopia digestiva baja y laparoscopia combinada en una misma intervención, debido a no ser subsidiario de tratamiento endoscópico único por su gran tamaño y/o localización. Si el pólipo está localizado en el colon será necesario localizar la lesión mediante endoscopia y valorar la resección completa de la lesión, pudiendo posteriormente suturar la pared intestinal en caso de perforación, o resección parcial completando la exéresis de la base polipoidea con sección de parte de la pared intestinal mediante endograpadora laparoscópica en la mayor parte de los casos. El estudio anatomopatológico intra o postoperatorio puede recomendar una ampliación de la resección o la realización de una cirugía oncológica reglada resecando un mayor tramo de intestino con sus respectivos ganglios de drenaje. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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 yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar el pólipo evitando su crecimiento y posible degeneración maligna……..

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que es el mejor tratamiento que le podemos ofrecer en este momento 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. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Herniación intestinal a través de los puertos de entrada. Fístula de la sutura intestinal por fallo en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Lesión inadvertida de estructuras vecinas. Obstrucción intestinal. 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?:

……..

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA COMBINADA

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA COMBINADA)** 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.

- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA) que: ☐

☐ la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes o de investigación, lo cual no comporta riesgo adicional para mi salud, y que

☐ mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes

- 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 procedimientopropuesto.

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 ……