

**ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZACION QUIRURGICA PARA CIRUGIA ENDOSCOPICA**

Apellido y Nombre del Paciente:

DNI Nº:  Edad:  TE:  TE CEL:

Domicilio:  Localidad:

Apellido y Nombre del Médico:

Matrícula Profesional Nº:

La práctica se realiza en: Hospital  Clínica

Dirección:  TE:

Yo.....autorizo al

Dr.....o a otro profesional de su equipo (que me notificará previamente al procedimiento) para que se me realice: .....

.....  
(colocar lo práctica correspondiente a realizar).

Dejo expresado que concurrí voluntariamente para que se me practique el procedimiento indicado y doy mi consentimiento a que pueda ser documentado en imágenes con fines científicos o con propósitos docentes, a condición de que mi identidad no sea revelada.

Se me explicó que para el procedimiento endoscópico a realizar, me debo internar, que se utilizará anestesia regional o general, (realizada por un profesional anestesiólogo), que se practicará con instrumentos ópticos que se introducen por orificios naturales y que puedo quedar con sonda o drenajes que serán removidos oportunamente.

Retirarme de la internación no significa estar de alta de la intervención que se me practicó, por lo que debo seguir mis controles y cuidados con el cirujano o con su equipo en forma ambulatoria.

Acepto que aún con una adecuada técnica y su correcta realización, puedan aparecer efectos indeseables o complicaciones tales como:

- 1) El procedimiento endoscópico programado no se pudo realizar en forma total, existiendo la posibilidad de ser completado con cirugía a cielo abierto.
- 2) Hemorragias intra o post procedimiento.
- 2) Infecciones locales o generales a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada.
- 3) Con escasa frecuencia pueden observarse lesiones en el órgano intervenido o en un órgano vecino debiéndose recurrir a transfusiones de sangre o sus derivados y en situaciones límites se puede convertir la operación propuesta para concluirla a cielo abierto.
- 4) Excepcionalmente pueden surgir complicaciones derivadas del líquido utilizado en la irrigación.
- 5) Otras:.....

Se me explicó que estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, aunque en situaciones especiales es necesario internar de urgencia.

Previo a la realización del procedimiento se me preguntó sobre si padecía alergias medicamentosas, alteraciones en la coagulación, patologías cardio pulmonares, también se me interrogó sobre la existencia de prótesis o por la presencia de enfermedades que aumenten los riesgos como: diabetes, anemia, hipertensión arterial, otras:.....

.....  
para las cuales será necesario interconsultas con otros especialistas.

Como preparación previa al tratamiento se me realizó estudios de laboratorio, habituales según la práctica médica quirúrgica, se me descartó la presencia de infección urinaria (o en casos especiales y con la autorización e indicaciones del especialista infectólogo con la presencia de infección urinaria) y se me indicó la toma de antibióticos en forma profiláctica, junto a las siguientes indicaciones:.....

.....  
Tengo conocimiento que durante mi internación seré asistido por el médico que autorizo, por los integrantes de su equipo y acepto que pueda ser consultado algún médico de otra especialidad no debiendo autorizar expresamente a cada uno de ellos, salvo el derecho que me asiste a negarme a realizar lo indicado, debiendo en tal caso documentar con mi firma la oposición al tratamiento.

Todas las explicaciones de este documento fueron claras y simples permitiéndoseme aclarar cualquier duda así como se me informó que puedo revocar este consentimiento hasta el mismo momento del procedimiento.

.....AUTORIZO A QUE SE ME REALICE: .....

.....

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR/ SUBROGANTE/ REPRESENTANTE LEGAL

Aclaración:.....

Relación:.....

DNI:.....

.....

FECHA:.....

FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE

SELLO ACLARATORIO

FECHA:.....