

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

Apellido y Nombre del Paciente:

DNI N°: Edad: TE: TE CEL:

Domicilio: Localidad:

Apellido y Nombre del Médico:

Matrícula Profesional N°:

La práctica se realiza en: Hospital Clínica Consultorio

Dirección: TE:

Yo.....autorizo al

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

quirúrgica:.....

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

Dejo expresado que concurriré 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 quirúrgico laparoscópico me debo internar, que se utilizará anestesia, que se practicará con instrumentos ópticos (endoscopios) que se introducen en el abdomen a través de orificios creados artificialmente, que ocasionalmente el cirujano podrá utilizar la mano y que en caso de ser necesario se transfundirá sangre o sus derivados.

También se me comunicó que en el acto quirúrgico se podrá utilizar electro bisturí y que si fuera necesario se colocarán drenajes y sondas que serán removidas cuando sea oportuno.

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 (las más frecuentes):

1. No se pudo realizar en forma parcial o total la intervención programada, existiendo la posibilidad de ser completado con cirugía a cielo abierto.
2. Se pueden presentar hemorragias o derrames intra o postoperatorio así como infecciones locales o generales a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada.
3. Con escasa frecuencia suelen observarse lesiones en el órgano intervenido, en un órgano vecino o en vasos y nervios de estructuras adyacentes.
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 una reintervención programada o 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:.....

.....pa
ra 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 (en casos especiales y con la autorización e indicaciones del especialista infectólogo con la presencia de la misma) y se realizaron interconsultas habituales a las distintas prácticas quirúrgicas (entre ellas cardiólogo, clínico, etc, según la patología de base); también se me realizó 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 permitiéndome 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:.....