

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE VÍA BILIAR

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se me va a realizar una exploración del conducto biliar para confirmar el nivel y la causa de la obstrucción y extirpación de la vesícula biliar en caso que no se haya realizado con anterioridad. Dependiendo de la causa y localización se realizará una limpieza, extirpación o drenaje de la vía biliar. En algunos casos se puede asociar una cirugía sobre el hígado, duodeno o páncreas. Si se tiene que extirpar la vía biliar se reconstruirá con la interposición de un segmento de intestino delgado. Estos procedimientos conllevan en algunos casos la realización de anastomosis y la colocación de drenajes.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende resolver o prevenir el cuadro de obstrucción o de infección de la vía biliar.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones por vía endoscópica o transhepática se puede intentar la extracción de cálculos, la colocación de prótesis o la dilatación de la vía biliar, pero en su caso pensamos que la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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: 1. infección o sangrado de la herida operatoria 2. retención aguda de la orina 3. flebitis 4. trastorno del ritmo intestinal 5. dolor prolongado en la zona de la operación.

-Riesgos poco frecuentes y graves: 1. dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida) 2. fístula biliar que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis) 3. colangitis (infección de los conductos biliares) 4. reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....

CONSECUENCIA DE LA CIRUGIA

En esta intervención generalmente se extirpará la vesícula biliar salvo que se haya realizado previamente. Si se extirpa la vía biliar habrá que realizar anastomosis y colocar drenajes



DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento 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.
- 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 puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

