

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEOLAPAROSCOPIA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

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

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que es un procedimiento que se realiza por vía abdominal y requiere de la distensión de la cavidad abdominal con un gas inerte (CO₂), se realizan pequeñas incisiones en el abdomen por los que se introducen los sistemas ópticos, los cuales son muy pequeños, igualmente se puede introducir instrumental quirúrgico especial a través de otras punciones del mismo tamaño.

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 otorgar un mayor confort y menos dolor postoperatorios, que permite hospitalizaciones más cortas y una rápida reinserción a la vida normal.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Todos los procedimientos que se realizan por videolaparoscopia pueden ser realizados a través de cirugía convencional (abierta), pero en ese caso se pierde el beneficio de menor dolor y rápida reinserción.

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: 1. infección de la heridas operatorias 2. hemorragia postquirúrgica 3. riesgo de rotura inadvertida de viscera hueca (intestino) con riesgo de peritonitis 4. riesgos anestésicos especiales por la introducción del gas a presión en la cavidad abdominal.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....

CONSECUENCIA DE LA CIRUGIA

En esta intervención/procedimiento se le va a.....

.....



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:.....

REVOCAION

- 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:.....

