

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA POR CÁNCER VESICULAR

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

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

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende la eliminación de los tejidos tumorales y tejidos vecinos donde pudiera estar invadiendo el tumor además de los ganglios linfáticos con el objeto de aumentar la sobrevida del paciente afectado de un cáncer de vesícula.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento que es una cirugía abierta, se me va a extirpar la vesícula biliar con cáncer.
- La cirugía consiste en el abordaje del abdomen mediante una importante incisión que permita acceder a explorar toda la cavidad abdominal.
- Luego de esto se procederá a extirpar la vesícula biliar en su totalidad incluyendo el tumor además de un trozo de hígado donde estaba ubicada la vesícula, se retirarán además tejidos cercanos a la vesícula que corresponden a las zonas más frecuentes de ramificación de los tumores vesiculares incluyendo los ganglios linfáticos.
- En casos de que se trate de reoperaciones ya que ya se había extirpado la vesícula y la biopsia de esta arrojó cáncer se practicará la misma técnica.
- 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.

### 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.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica 2. retención aguda de orina 3. flebitis 4. infecciones respiratorias y colapsos de un pulmón llamado Neumotórax 5. también producto de problemas de cicatrización, esfuerzos y estados de tos se puede producir la dehiscencia de la herida operatoria requiriendo re-sutura 6. trastornos temporales de las digestiones 7. dolor prolongado en la zona de la operación.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. fístula biliar con salida de bilis en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de nuevas intervenciones abiertas o endoscopías 2. sangrado o infección intraabdominal 3. fístula intestinal 4. ictericia 5. pancreatitis 6. Por la cirugía puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia, accidentes vasculares encefálicos.
- 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.

### DECLARACIÓN 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (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 .....

### REVOCACIÓN

- 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 .....