

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFRECTOMÍA AMPLIADA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende extirpar su riñón, afectado por un tumor.
- Se me ha informado que, mediante esta operación es necesaria, porque en ausencia de tratamiento este tumor le expone al riesgo de problemas clínicos (dolores, hemorragias, fiebre).
- Si este tumor es maligno, sólo un tratamiento quirúrgico permite evitar que la enfermedad se propague.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICA

- La operación quirúrgica que se le propone consiste en retirar todo el riñón, retirando así el tumor presente en este órgano. La naturaleza benigna o maligna de este tumor no se conoce en definitiva sino después de un análisis microscópico de los tejidos.
- La disección abarcará más allá del tumor, al mismo tiempo se sacará la grasa que recubre el riñón (la que puede haber sido invadida en caso de un tumor maligno) y asimismo la glándula suprarrenal si fuese necesario.
- Al final de la operación se podrá colocar uno o más drenajes, los que permiten vigilar el sitio operatorio.
- 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, que pueden estar directamente relacionadas con la nefrectomía radical: 1. durante el procedimiento operatorio (a. Herida de los órganos vecinos, que justifique su reparación o retiro. b. Herida vascular, causante de una hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea). 2. Posoperatorio inmediato (a. Hemorragia, la que puede obligar a efectuar una nueva operación. b. Riesgo de flebitis y de embolia pulmonar. c. Riesgo de infección, en especial de la pared (la piel y los músculos que recubren la zona operada) y del pulmón adyacente. d. Complicaciones digestivas (a. Retraso de la reanudación del tránsito intestinal u oclusión real, que puede justificar una re-intervención, b. úlcera del estómago). 3. Riesgos posteriores (a. Como en toda operación abdominal, pueden presentarse deformaciones de la pared del abdomen, más o menos importantes y bridas (adherencias).
- Estas complicaciones se pueden resolver 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 .....