

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