

ÍNDICE

BIOPSIA DE MAMA CON ANCLAJE.....	3
TUMORECTOMÍA DE MAMA.....	5
CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA.....	7
MASTECTOMÍA RADICAL.....	9
CIRURGÍA ABIERTA DE LA EVENTRACIÓN.....	11
CIRURGÍA ABIERTA DE LA HERNIA.....	13
CIRURGÍA DE VARICES.....	15
ESPLENECTOMÍA ABIERTA.....	17
ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	19
EXTIRPACIÓN DE UÑA.....	21
LAPARATOMÍA EXPLORADORA.....	23
CIRUGÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA.....	25
CIRUGÍA DE URGENCIAS.....	27
PROCEDIMIENTOS CON ANESTESIA LOCAL.....	29
BIOPSIA-EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN CERVICAL.....	31
COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX.....	33
BIOPSIA-EXTIRPACIÓN GANGLIONAR O DE TUMORACIÓN.....	35
CIRUGÍA ABIERTA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL.....	37
CIRUGÍA ABIERTA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS.....	39
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS.....	41
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL ESTÓMAGO.....	43
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANTIRREFLUJO.....	45
CIRUGÍA ABIERTA ANTIRREFLUJO.....	47
CIRUGÍA ABIERTA DEL ESTÓMAGO.....	49
CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR.....	51
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	53
COLECISTECTOMÍA ABIERTA.....	55
DERIVACIÓN PANCREÁTICA.....	57
CIRUGÍA DE LA FISURA DE AÑO.....	59
CIRUGÍA DE LA FÍSTULA DE AÑO.....	61
CIRUGÍA DE LAS HEMORROIDES.....	63
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL.....	65
LAPAROSCOPIA EXPLORADORA.....	67
LINFADENECTOMÍA AXILAR.....	69
CIRUGÍA DEL PROLAPSO DE RECTO.....	71
EXTIRPACIÓN DE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.....	73
RESECCIÓN INTESTINAL POR CIRUGÍA ABIERTA.....	75
RESECCIÓN DE RECTO POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.....	77
RESECCIÓN DE RECTO POR CIRUGÍA ABIERTA.....	79
RESECCIÓN ENDOANAL.....	81
RESECCIÓN SEGMENTARIA LAPAROSCÓPICA DE COLON.....	83
RESECCIÓN SEGMENTARIA ABIERTA DE COLON.....	85
RESECCIÓN PANCREÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA.....	87
RESECCIÓN HEPÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA.....	89
CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL.....	91
CIERRE DEL ESTOMA POR CIRUGÍA ABIERTA.....	93
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA.....	95
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RESECCIÓN GÁSTRICA POR NEOPLASIA.....	97
CIRUGÍA DE LA GLANDULA PARATIROIDES.....	99
CIRUGÍA DE LA GLANDULA TIROIDES.....	101

**SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Y DIGESTIVA**

JULIO 2006

BIOPSIA DE MAMA CON ANCLAJE

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento, se pretende la localización de la lesión existente en la mama mediante métodos radiológicos, marcándola con un arpón en el Servicio de Radiología, para posteriormente extirparla en quirófano y comprobar mediante radiografías que la resección ha sido completa.

El resultado del análisis anatomopatológico intra o postoperatorio puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama. Si se extirpara toda la mama, en ocasiones es posible, que se coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitaría la reconstrucción estética posterior.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Disminución del volumen de la mama. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Reproducción de la enfermedad. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo. En algunos casos se puede producir una alteración de la anatomía de la mama.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a realizar una biopsia de mama con anclaje.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una biopsia de mama con anclaje.

Firma del paciente¹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

TUMORECTOMÍA DE MAMA

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se va a proceder a extirpar la lesión de la mama, evitando así su crecimiento. El resultado del análisis anatomopatológico intra o postoperatorio puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama. Si se extirpara toda la mama, en ocasiones es posible, que se coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitaría la reconstrucción estética posterior.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo. Reproducción de la enfermedad. En algunos casos se puede producir una alteración de la anatomía de la mama.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al procedimiento quirúrgico de tumorectomía de mama.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una tumorectomía de mama.

Firma del paciente²

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende la extirpación de la lesión evitando su extensión a tejidos vecinos y a distancia. Se procederá a extirpar la lesión de la mama con un margen de tejido sano y los ganglios de la axila del mismo lado. Durante la cirugía se realizará un estudio anatomopatológico que valorará la afectación de los márgenes de resección de manera que si están afectados por la enfermedad es posible que sea necesario la extirpación de toda la mama en la misma intervención o de forma diferida (en otra intervención) por los resultados de estudios posteriores.

Si se extirpara toda la mama, en ocasiones es posible, que se coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitaría la reconstrucción estética posterior.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación y dificultad transitoria en la movilidad del brazo.

Riesgos poco frecuentes y graves: inflamación grave de los linfáticos del brazo. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo. Reproducción de la enfermedad. En algunos casos se puede producir una alteración de la anatomía de la mama.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la cirugía conservadora de la mama.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado que en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas, pero en mi caso se considera que la cirugía es la alternativa más eficaz.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice cirugía conservadora de la mama.

Firma del paciente³

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

MASTECTOMÍA RADICAL

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se procederá a extirpar la mama y los ganglios de la axila del mismo lado, se pretende así evitar su extensión a los tejidos de alrededor y a distancia. En ocasiones también se extirpa el músculo pectoral menor y menos frecuentemente el pectoral mayor. En ocasiones es posible, que se coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitaría la reconstrucción estética posterior. A veces, si está indicado, es posible realizar una reconstrucción inmediata para mejorar los resultados estéticos.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Reproducción de la enfermedad. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de mastectomía radical.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado que en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas, pero en mi caso se considera que la cirugía es la alternativa más eficaz.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una mastectomía radical.

Firma del paciente⁴

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRURGÍA ABIERTA DE LA EVENTRACIÓN

Descripción del procedimiento

La eventración es un defecto de la pared abdominal sobre una zona operada con anterioridad y a través de la cual salen una o varias vísceras abdominales cubiertas por la piel. La operación consiste en reparar el defecto reforzando la pared abdominal, mediante la colocación en la mayoría de los casos de un material protésico (malla). En ocasiones puede ser necesario realizar una resección de algún órgano afectado.

Con este procedimiento se evita el aumento progresivo, las molestias que produce y la posible estrangulación que obligaría a una cirugía urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o colección de líquido en la herida quirúrgica. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Obstrucción intestinal. En personas obesas o con problemas pulmonares pueden presentarse o agravarse enfermedades respiratorias. Rechazo de la malla. Reproducción de la eventración.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la eventración por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de la eventración por cirugía abierta.

Firma del paciente⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRURGÍA ABIERTA DE LA HERNIA

Descripción del procedimiento

La hernia es un defecto de la pared abdominal, por donde en algunos casos permite la salida total o parcial de alguna víscera u órgano. La operación consiste en realizar una incisión sobre o próxima a la hernia, recolocar sus contenido y reparar el defecto. A veces, para una reparación segura, hay que colocar un material protésico (malla)

Con este procedimiento se evita el aumento de la hernia, las molestias que produce y la posible estrangulación de la misma que obligaría a una cirugía urgente.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o colección de líquido en la herida quirúrgica. Flebitis. Retención aguda de orina. Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de la malla. Reproducción de la hernia. En hernias inguinales: inflamación y atrofia testicular. Lesión vascular.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la hernia por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de la hernia por cirugía abierta.

Firma del paciente⁶

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁶En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRURGÍA DE VARICES

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica, se procederá a extirpar las venas dilatadas en las piernas que forman las varices. Si existe mal funcionamiento del sistema venoso profundo se extirpará la safena interna para que éstas no se vuelvan a formar.

Con este procedimiento se pretende mejorar la circulación venosa de las piernas, mejorar los síntomas (pesadez y cansancio) e intentar prevenir las posibles complicaciones (trombosis, sangrado...)

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Hematoma o infección de la herida quirúrgica. Alteración transitoria de la sensibilidad cutánea. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes: Reparación de varices.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hemorragia importante. Dolor postoperatorio prolongado por lesión nerviosa. Lesión vascular. Trombosis venosa.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía de varices.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha explicado que puede realizarse un tratamiento con medicamentos, medias elásticas y ejercicios, pero en mi caso se considera que la cirugía es la mejor opción.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía de varices.

Firma del paciente⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁷En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

ESPLENECTOMÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se procederá a extirpar el bazo. En ocasiones excepcionales puede ser necesario ampliar la resección a órganos vecinos.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la intervención.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula con salida de jugo pancreático o intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Sepsis. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa realización de otras pruebas (CREP y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de esplenectomía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de esplenectomía abierta.

Firma del paciente⁸

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁸En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Descripción del procedimiento

Mediante laparoscopia se procederá a extirpar el bazo. En ocasiones excepcionales puede ser necesario ampliar la resección a órganos vecinos.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trocares, a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión, a cirugía abierta (laparatomía).

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula con salida de jugo pancreático o intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Sepsis. Recidiva de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CREP y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de esplenectomía laparoscópica.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de esplenectomía laparoscópica.

Firma del paciente⁹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

EXTIRPACIÓN DE UÑA

Descripción del procedimiento

Tras la administración de un anestésico local mediante punción en el dedo, se realizará, en función de cada caso, la extirpación parcial y completa de la uña enferma, asociada o no a matricectomía (extirpación de la matriz). Dicha matricectomía puede realizarse mediante extirpación o mediante abrasión química, y conlleva la ausencia definitiva de la uña en ese dedo.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida. Alteración en la cicatrización de la herida. Crecimiento defectuoso de la uña. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión. Reproducción de la lesión.

Riesgos poco frecuentes y graves: Reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico. Infecciones graves en el dedo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la extirpación de la uña _____.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que se pueden intentar tratamientos con antibióticos y curas locales, pero que en mi caso la cirugía es el tratamiento más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la extirpación de la uña _____.

Firma del paciente¹⁰

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁰En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

LAPARATOMÍA EXPLORADORA

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende acceder a la cavidad abdominal, para realizar una exploración de la misma, con el objetivo de intentar diagnosticar la enfermedad que padece y actuar en consecuencia, incluyendo la realización de otros procedimientos quirúrgicos si la enfermedad lo requiere_____.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación. Retraso en la recuperación del tránsito intestinal.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparatomía (apertura de la herida). Si se realizan suturas intestinales pueden producirse fístulas por fallos en la cicatrización de las mismas. Sangrado infección intraabdominal. Obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a _____ mediante laparatomía exploradora.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice _____ mediante laparatomía exploradora.

Firma del paciente¹¹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹¹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Descripción del procedimiento

La hernia diafragmática es un defecto en el diafragma por donde se deslizan en ocasiones órganos de la cavidad abdominal al tórax. Mediante una incisión en el abdomen (laparatomía) o en el tórax (toracotomía) según el caso, se va a intentar recolocar estas vísceras en su posición habitual y reparar el defecto del diafragma, intentado evitar sus posibles complicaciones (estrangulación de los órganos herniados, problemas respiratorios...) que precisarían intervención urgente. En ocasiones, es necesario la colocación de material sintético (malla) para cubrir y reforzar el defecto muscular.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida. Retención aguda de orina. Flebitis. Neumotórax postoperatorio. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Complicaciones pulmonares. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la hernia diafragmática.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de la hernia diafragmática.

Firma del paciente¹²

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹²En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DE URGENCIAS

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende dar el tratamiento más eficaz a su enfermedad que ha de realizarse de manera urgente, ya que en su estado no puede esperar i debe ser tratado antes de que aparezcan complicaciones más graves. Debe realizarse a pesar de no disponer de un diagnóstico cierto, ya que la situación no permite esperar a la realización de otras pruebas.

En su caso y en este momento, pensamos que el diagnóstico probable es_____

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación._____

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal_____

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la intervención urgente de _____.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una intervención urgente de _____.

Firma del paciente¹³

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹³En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

PROCEDIMIENTOS CON ANESTESIA LOCAL

Descripción del procedimiento

Tras la administración de un anestésico local, generalmente mediante inyección alrededor de la lesión localizada en _____ se realizará, en función de cada caso particular, la apertura o extirpación, parcial o completa, de la misma. En general se cerrará la herida de la piel mediante sutura salvo que exista contraindicación (infección).

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteración de la herida quirúrgica. Dehiscencia (apertura) de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones alérgicas locales al anestésico como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión.

Riesgos poco frecuentes y graves: Reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico.

Riesgos poco frecuentes: Reproducción de la lesión.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la intervención de _____ con anestesia local.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la intervención de _____ con anestesia local.

Firma del paciente¹⁴

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁴En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

BIOPSIA-EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN CERVICAL

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende tomar una muestra o, si es posible, extirpar la tumoración que hay en el cuello. El procedimiento se realizará a través de una pequeña incisión en el cuello, generalmente sobre la tumoración.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Mediante este procedimiento se pretende realizar un estudio anatomopatológico para intentar diagnosticar la causa de dicha tumoración facilitando el posible tratamiento.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Alteraciones transitorias de la voz. Alteraciones transitorias de la deglución. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas importantes en el cuello. Alteraciones permanentes de la voz. Infección importante en el cuello. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a una _____ de tumoración cervical.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la _____ de tumoración cervical.

Firma del paciente¹⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX

Descripción del procedimiento

Cuando existe una ocupación de la cavidad pleural del tórax que no permite al pulmón funcionar con normalidad, debe ser colocado un tubo en esta cavidad para extraer el aire y/o el líquido que impiden la expansión del pulmón. Durante unos días tendrá que tener conectado un sistema de drenaje que le limitará su actividad.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hemorragia grave. Lesión de algún órgano intratorácico. Drenaje insuficiente que requiera la colocación de otro tubo o la recolocación del mismo. Dolor intenso por afectación de un nervio intercostal. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la colocación de tubo de tórax.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la colocación de tubo de tórax

Firma del paciente¹⁶

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁶En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

BIOPSIA-EXTIRPACIÓN GANGLIONAR O DE TUMORACIÓN

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se procederá a tomar una muestra o si es posible extirpar un ganglio linfático o la tumoración que le han descubierto, y realizar un estudio anatomopatológico para intentar diagnosticar la enfermedad facilitando el posible tratamiento. El procedimiento se realizará a través de una incisión generalmente sobre el ganglio linfático o la tumoración.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado de la herida o alteraciones en la cicatrización de la herida. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación. _____

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas o infecciones importantes. Recidiva de la enfermedad. _____

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente realizar una biopsia-extirpación ganglionar o de tumoración _____.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una biopsia-extirpación ganglionar o de tumoración _____.

Firma del paciente¹⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁷En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA ABIERTA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen o zona lumbar, se procede a extirpar una glándula que se encuentra localizada encima de cada riñón, denominada suprarrenal, siendo poco frecuente la necesidad de tener que extirpar las dos. Si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar las posibles alteraciones hormonales durante o después de la cirugía. En ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos.

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, controlar los niveles hormonales, y sus posibles repercusiones generales y de los órganos vecinos.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención urinaria. Alteraciones digestivas transitorias. Dolor prolongado en la zona de la operación. Derrame pleural.

Riesgos poco frecuentes y graves: Deshincencia de la laparotomía (abertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteraciones cardiocirculatorias e hidroelectrolíticas por modificaciones en los niveles hormonales. Recidiva de la enfermedad.

En la mayoría de los casos, la extirpación de la glándula tiroides produce una disminución de las hormonas, necesitando tratamiento suplementario indefinido.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía de la glándula suprarrenal.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que es como alternativa se puede hacer un tratamiento indefinido pero que no evita las complicaciones, y que la cirugía es la opción más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía de la glándula suprarrenal.

Firma del paciente¹⁸

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁸En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA ABIERTA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se va a extirpar total o parcialmente el quiste del hígado y cerrar las posibles comunicaciones del mismo con los conductos biliares. En ocasiones puede ser necesario realizar algún procedimiento sobre la vía biliar (extirpándola o derivándola al intestino o a través de un tubo). Algunas veces hay que ampliar la extirpación a otros órganos adheridos al quiste (resección de una parte del hígado, vesícula biliar, vía biliar, estómago o partes de intestino delgado o grueso).

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar total o parcialmente el quiste evitando su crecimiento y complicaciones (rotura, infección...)

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Trastornos temporales de las digestiones. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparatomía (abertura de la herida). Fístula biliar. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Reacciones alérgicas. Insuficiencia hepática.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía abierta de los quistes hepáticos.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que se puede valorar realizar técnicas radiológicas de drenaje de los quistes, pero en mi caso se considera que la mejor alternativa es la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía abierta de los quistes hepáticos.

Firma del paciente¹⁹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se va a extirpar total o parcialmente el quiste del hígado y cerrar las posibles comunicaciones del mismo con los conductos biliares. En ocasiones puede ser necesario realizar algún procedimiento sobre la vía biliar (extirpándola o derivándola al intestino o a través de un tubo). Algunas veces hay que ampliar la extirpación a otros órganos adheridos al quiste (resección de una parte del hígado, vesícula biliar, vía biliar, estómago o partes de intestino delgado o grueso).

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar total o parcialmente el quiste evitando su crecimiento y complicaciones (rotura, infección...)

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Trastornos temporales de las digestiones. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparatomía (apertura de la herida). Fístula biliar. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Reacciones alérgicas. Insuficiencia hepática. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento de cirugía laparoscópica de los quistes hepáticos.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que se puede valorar realizar técnicas radiológicas de drenaje de los quistes, pero en mi caso se considera que la mejor alternativa es la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía laparoscópica de los quistes hepáticos.

Firma del paciente²⁰

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁰En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL ESTÓMAGO

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas y evitar sus complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción...).

Mediante esta técnica, se va a extraer una parte o todo el estómago, según su grado de afectación. Posteriormente, si fuera necesario, se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del esófago o estómago residual con un asa de intestino delgado. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación de otros órganos abdominales, como el bazo o la cola del páncreas.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión, a cirugía abierta (laparotomía).

Al operarse por esta técnica se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y comfortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal. Vómitos. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Fístula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal. Alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos. Sangrado o infección intraabdominal. Reproducción de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía laparoscópica del estómago.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía laparoscópica del estómago.

Firma del paciente²¹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²¹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANTIRREFLUJO

Descripción del procedimiento

El Cirujano me ha explicado que, mediante este procedimiento, se quiere impedir que el ácido del estómago pase al esófago y evitar así la irritación del mismo. La técnica consiste en construir un manguito completo o parcial con el estómago alrededor del esófago, colocándolo debajo del diafragma. En caso de hernia de hiato asociada, también se realizará reparación de la misma, que en algunas ocasiones puede requerir la colocación de material sintético (malla) para cubrir el defecto herniario.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

Mediante este procedimiento, se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad para eructar, dificultad transitoria al tragar. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: sangrado o infección intraabdominal. Perforación de vísceras. Estenosis. Dificultad importante al tragar. Reproducción del reflujo gastroesofágico. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento de cirugía laparoscópica antirreflujo.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la alternativa al procedimiento consistiría en mantener el tratamiento médico actual de forma indefinida.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento de cirugía laparoscópica antirreflujo.

Firma del paciente*

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

* En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA ABIERTA ANTIRREFLUJO

Descripción del procedimiento

El Cirujano me ha explicado que, mediante este procedimiento, se quiere impedir que el ácido del estómago pase al esófago y evitar así la irritación del mismo. La técnica consiste en construir un manguito completo o parcial con el estómago alrededor del esófago, colocándolo debajo del diafragma. En caso de hernia de hiato asociada, también se realizará reparación de la misma, que en algunas ocasiones puede requerir la colocación de material sintético (malla) para cubrir el defecto herniario. El procedimiento puede realizarse a través de una incisión en el abdomen o el tórax según los casos.

Mediante este procedimiento, se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad para eructar, dificultad transitoria al tragar. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Perforación de vísceras. Estenosis. Dificultad importante al tragar. Reproducción del reflujo gastroesofágico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) , pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento de cirugía abierta antirreflujo.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la alternativa al procedimiento consistiría en mantener el tratamiento médico actual de forma indefinida.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento de cirugía abierta antirreflujo.

Firma del paciente²²

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²²En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA ABIERTA DEL ESTÓMAGO

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas y evitar sus complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción...).

A través de una incisión en el abdomen, se va a extraer una parte o todo el estómago, según su grado de afectación. Posteriormente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del esófago o estómago residual con un asa de intestino delgado. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación de otros órganos abdominales, como el bazo o la cola del páncreas.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal. Vómitos. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparatomía (abertura de la herida). Fístula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal. Alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos. Sangrado o infección intraabdominal. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía abierta del estómago.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía abierta del estómago.

Firma del paciente²³

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²³En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se 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 de que no se haya realizado con anterioridad. Dependiendo de la causa y la 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.

Mediante este procedimiento se pretende resolver o prevenir el cuadro de obstrucción o de infección de la vía biliar.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Trastornos del ritmo abdominal. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (abertura de la herida). Fístula biliar que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Estrechez de la vía biliar. Colangitis (infección de los conductos biliares). Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía abierta de la vía biliar.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que en ocasiones por vía endoscópica o transhepática se puede intentar la extracción de cálculos, la coloración de prótesis o la dilatación de la vía biliar, pero se considera que en mi caso la mejor alternativa es la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía abierta de la vía biliar.

Firma del paciente²⁴

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁴En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se va a proceder a extirpar la vesícula biliar. La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trocares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual.

En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesaria la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (enfinterotomía).

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia, que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente.

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Trastornos temporales de las digestiones. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula intestinal. Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Pancreatitis. Coledocolitiasis. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, y embolia.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica.

Firma del paciente²⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

COLECISTECTOMÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se procede a la extirpación de la vesícula biliar. En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesaria la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (enfinterotomía).

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia, que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Trastornos temporales de las digestiones. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (abertura de la herida). Estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula intestinal. Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Pancreatitis. Coledocolitiasis.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de colecistectomía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de colecistectomía abierta.

Firma del paciente²⁶

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁶En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

DERIVACIÓN PANCREÁTICA

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se van a derivar las secreciones del páncreas a un segmento del tubo digestivo (estómago, duodeno o intestino delgado) suturando ambas estructuras. Esta cirugía se realiza a través de una incisión en el abdomen. En ocasiones este procedimiento se acompaña de derivación de la vía biliar y de la extirpación de la vesícula biliar y en ocasiones de otros órganos afectados. Posteriormente mediante suturas se reconstruirá el tubo digestivo.

Mediante este procedimiento se pretende resolver o aliviar los síntomas y evitar las complicaciones (sangrado, ictericia, dolor, obstrucción...) que podrían requerir cirugía urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Trastornos temporales o definitivos de las digestiones. Diabetes que requerirá insulina o antidiabéticos orales. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparatomía (abertura de la herida). Fístula intestinal, biliar o pancreática que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Ictericia. Colangitis (infección de los conductos biliares).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico para derivación pancreática.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico para derivación pancreática.

Firma del paciente²⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁷En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DE LA FISURA DE ANO

Descripción del procedimiento

La fisura anal es una erosión de la epidermis del canal anal.

Mediante esta técnica, se realiza un corte del esfínter anal interno con el que se consigue disminuir la contracción del músculo, para que posteriormente cicatrice la fisura.

Puede ocurrir que mediante el acto quirúrgico se identifiquen otros hallazgos que obliguen a realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención es necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología.

Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan

Con esta intervención se pretende evitar el espasmo del esfínter interno, responsable de la fisura.

Así como, resolver el dolor y el sangrado y permitir la cicatrización posterior de la fisura.

Alternativas razonables al procedimiento

Existen medidas dietéticas e higiénicas, tratamientos tópicos como pomadas cicatrizantes y otros miorelajantes, pero tienen el riesgo de recidivar. También está la posibilidad de esfínter otomía química con Botox®.

Consecuencias previsibles de su realización

Se espera que después de su realización, las molestias disminuyan progresivamente, en poco tiempo y que la herida cicatrice con rapidez.

Consecuencias previsibles de la no realización

Si bien las molestias pueden disminuir o desaparecer con el tratamiento médico. A menudo pueden reaparecer y a veces complicarse con la sobre infección de la misma.

Riesgos frecuentes

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 como otros específicos del procedimiento

- Infección y sangrado de herida, edema del ano, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes pero graves

- Infección importante del periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción de la fisura de ano.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la fisura de ano.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que no parece probable que pueda mejorar con medicamentos, siendo la cirugía la alternativa más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de la fisura de ano.

Firma del paciente²⁸

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁸En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DE LA FÍSTULA DE ANO

Descripción del procedimiento

La fístula anal es la comunicación entre el canal anal y la piel peri anal.

Existen varios procedimientos para el tratamiento de esta patología: sección y puesta a plano de la fístula (fistulotomía), extirpación del trayecto fistuloso (fistulotomía) o colocación de un drenaje blando a través del trayecto para el tratamiento diferido (sedal).

En ocasiones es necesario la sección de los esfínteres y/o en algunos casos la formación de un colgante mucoso o cutáneo para cerrar los orificios. Excepcionalmente es necesario la realización de una colostomía.

Puede ocurrir que mediante el acto quirúrgico se identifiquen otros hallazgos que obliguen a realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología.

Objetivos del procedimiento i beneficios que se esperan

El procedimiento quirúrgico pretende eliminar la fístula y reparar las alteraciones anatómicas que hayan ocasionados.

Así como resolver de manera definitiva el dolor, la supuración, la inflamación y la infección.

Alternativas razonables al procedimiento

No existen alternativas eficaces al tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización

Es de esperar, que después de su realización las molestias disminuyan progresivamente en poco tiempo, y que la herida cicatrice con rapidez.

Consecuencias previsibles de la no realización

Persistencia de la fístula con supuración crónica y episodios inflamatorios agudos y de abscesificación. La fístula puede complicarse, con varios trayectos y orificios, así como afectar zonas más grandes y lejanas del tejido peri anal.

Riesgos más frecuentes

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 como otros específicos del tratamiento:

- Infección y sangrado de herida, retención aguda de orina, edema del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes pero graves.

- Infección importante del periné, incontinencia a gases e incluso a heces, estenosis de ano, reproducción de la fístula.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía de la fístula de ano.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía de la fístula de ano.

Firma del paciente²⁹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

²⁹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DE LAS HEMORROIDES

Identificación y descripción del procedimiento

Se extirparán con electrocoagulación, unas dilataciones próximas al ano, (hemorroides) que son la causa de las molestias. Según el grado de dilatación de estas venas, a veces no es posible extirparlas todas para evitar complicaciones posteriores.

Puede ocurrir que durante la intervención se identifiquen otros hallazgos que obliguen a realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención es necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología

Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan

Con la extirpación del nódulo hemorroidal se trata de eliminar el tejido que ocasiona la sintomatología (hemorragia, picor, prolapso, dolor...)

Después de la intervención se espera obtener la desaparición de los síntomas.

Alternativas razonables a este procedimiento

A pesar de que existen otros tratamientos para la enfermedad hemorroidal, (esclerosis, ligaduras, foto coagulación, etc.), y medicamentos, estos solo están indicados para hemorroides de tamaño pequeño o mediano. Cuando las hemorroides son muy grandes, y producen dolor y sangrado continuo, es poco probable que se puedan resolver con tratamiento quirúrgico.

Consecuencias previsibles de su realización

Es de esperar, que después de su realización, las molestias desaparezcan progresivamente, a medida que se curen las heridas.

Consecuencias previsibles la no realización

Persistencia del sangrado, escozor y dolor. Pudiendo progresar a prolapso con ulceración, necrosis y sobre infección.

Riesgos frecuentes

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 como otros específicos del tratamiento:

- Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, edema del ano, dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes pero graves

- Infección importante del periné, incontinencia a gases e incluso a heces, estenosis de ano.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía de las hemorroides.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que no parece probable que pueda mejorar con medicamentos, siendo la cirugía la alternativa más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía de las hemorroides.

Firma del paciente³⁰

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁰En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

Descripción del procedimiento

Mediante laparoscopia, se procede a extirpar una glándula que se encuentra localizada encima de cada riñón, denominada suprarrenal, siendo poco frecuente la necesidad de tener que extirpar las dos. Si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar las posibles alteraciones hormonales durante o después de la cirugía. En ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de tubos a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, controlar los niveles hormonales, y sus posibles repercusiones generales y de los órganos vecinos.

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención urinaria. Alteraciones digestivas transitorias. Dolor prolongado en la zona de la operación. Derrame pleural. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteraciones cardiocirculatorias e hidroelectrolíticas por modificaciones en los niveles hormonales. Recidiva de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

En la mayoría de los casos la extirpación de la glándula suprarrenal supone tomar ciertas medicaciones durante un tiempo prolongado.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía laparoscópica de la glándula suprarrenal.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que es como alternativa se puede hacer un tratamiento indefinido pero que no evita las complicaciones, y que la cirugía es la opción más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía laparoscópica de la glándula suprarrenal.

Firma del paciente³¹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³¹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

LAPAROSCOPIA EXPLORADORA

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende acceder a la cavidad abdominal, para realizar una exploración de la misma, con objeto de intentar diagnosticar la enfermedad que padece y actuar en consecuencia, incluyendo la realización de otros procedimientos quirúrgicos si la enfermedad lo requiere_____.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación. Retraso en la recuperación del tránsito intestinal. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Si se realizan suturas intestinales pueden producirse fístulas por fallos en la cicatrización de las mismas. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a _____ mediante laparoscopia exploradora.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice _____ mediante laparoscopia exploradora.

Firma del paciente³²

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³²En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

LINFADENECTOMÍA AXILAR

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende extirpar los ganglios linfáticos de la axila para un estudio anatomopatológico completo, intentando evitar la extensión de la enfermedad a tejidos vecinos o a distancia.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Reproducción de la enfermedad. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de linfadenectomía axilar.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas, pero en mi caso se considera que la cirugía es la alternativa más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una linfadenectomía axilar.

Firma del paciente³³

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³³En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DEL PROLAPSO DE RECTO

Identificación y descripción del procediendo

La reparación del prolapso puede hacerse por el ano con resección de la mucosa y plicatura de la musculatura rectal. O por vía abdominal, con resección intestinal, o a veces con la colocación de material protésico. En situaciones muy especiales i en pacientes de alto riesgo quirúrgico, se optará por el cerclaje.

Puede ocurrir que durante el acto quirúrgico se identifiquen otros hallazgos que obliguen realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología.

Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan

El objetivo del procedimiento es la curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas i el aumento de la calidad de vida.

Mediante este procedimiento se pretende recolocar el recto a su situación habitual por tal de eliminar la sintomatología como molestias locales, incontinencia y sangrado.

Alternativas razonables al procedimiento

No existe una alternativa eficaz al tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización

La curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas.

Consecuencias previsibles de la no realización

La progresión de la enfermedad con deterioro del paciente.

Riesgos frecuentes

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 como otros específicos del tratamiento.

- Infección o sangrado de la herida, edema del ano, retención aguda de orina.

Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes, pero graves.

- Según la técnica puede producirse la infección intra-abdominal o alrededor del ano, rechazo del material protésico, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse alteraciones sexuales (impotencia).
- Reincidencia, según la técnica utilizada.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a al tratamiento quirúrgico de cirugía del prolapso de recto.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía del prolapso del recto.

Firma del paciente³⁴

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁴En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

EXTIRPACIÓN DE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Descripción del procedimiento

A través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación total del conducto tirogloso, que es un defecto congénito formado por tejido de la glándula tiroides durante su desarrollo embrionario. Generalmente para su total extirpación es necesario extirpar una porción del hueso hioides.

Mediante este procedimiento, se pretende evitar los problemas que la persistencia de dicho conducto pueda ocasionar como dolor, supuración, molestias al tragar, etc..

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Alteraciones transitorias de la deglución. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas importantes en el cuello. Reproducción del quiste.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la extirpación del quiste del conducto tirogloso.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la extirpación del quiste del conducto tirogloso.

Firma del paciente³⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN INTESTINAL POR CIRUGÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se procede a extirpar la parte del intestino que está enfermo, para posteriormente suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos. A veces por cuestiones técnicas hay que realizar un ano artificial que, en la mayoría de los casos es temporal.

Con este procedimiento, se pretende extirpar el intestino enfermo o solucionar los síntomas, previniendo las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de la orina. Flebitis. Retraso en la restauración del tránsito intestinal normal, lo que requerirá tratamiento con sueros. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (abertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización de la sutura. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ **Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección intestinal por cirugía abierta.**
 - ✓ **Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.**
 - ✓ **El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.**
 - ✓ **Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.**
 - ✓ **Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.**
 - ✓ **Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.**
 - ✓ **Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.**
 - ✓ **Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve esta intervención.**
 - ✓ **Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.**
 - ✓ **Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica de la intervención.**
 - ✓ **Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.**
 - ✓ **Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.**
 - ✓ **Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.**
 - ✓ **Que es un Hospital docente, y puedo ser operado por un médico en formación debidamente tutelado.**
- Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección intestinal por cirugía abierta.**

Firma del paciente³⁶

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁶En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN DE RECTO POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Descripción del procedimiento

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la realización de 4 o 5 pequeñas incisiones (2cm. aprox.) por las que se introducen la óptica y el instrumental quirúrgico previa insuflación de gas en el abdomen para crear espacio. Finalmente, se realiza una incisión algo mayor (10cm. aprox.) para exteriorizar la pieza reseçada. La técnica quirúrgica no es diferente de la habitual.

En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

Mediante laparoscopia, se procederá a extirpar el segmento afectado por la lesión con márgenes de seguridad libres de enfermedad. Según la distancia de la lesión se podrá o no reconstruir la continuidad del intestino. En las ocasiones en las que se deba extirpar el ano, se realizará un ano artificial permanente en el abdomen. En caso de poder suturar el colon, puede ser necesario dejar un ano artificial temporal.

Al intervenir por laparoscopia se pretende minimizar los efectos de la agresión quirúrgica tanto a nivel de pared como metabólicos. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve. La recuperación del tránsito intestinal puede iniciarse antes, y el período de convalecencia puede ser más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

Aunque la elección de la técnica sea la adecuada y se haya realizado correctamente, pueden presentarse complicaciones, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otras específicas del procedimiento.

Complicaciones poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida. Infecciones respiratorias. Infecciones urinarias. Retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación. Extensión del gas insuflado al tejido celular subcutáneo y dolores referidos, habitualmente en la espalda y hombros.

Complicaciones graves y poco frecuentes: Fuga en el empalme realizado por defecto en la cicatrización que, puede resolverse con tratamiento médico, pero que en ocasiones precisa de reintervención y realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales. Alteración de la continencia fecal. Lesión de órganos vecinos. Embolia gaseosa. Neumotórax. Más a largo plazo, recidiva de la enfermedad.

Habitualmente todas las complicaciones citadas pueden resolverse con tratamiento médico, pero en ocasiones es necesaria otra intervención quirúrgica que puede ser de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Si hubiesen complicaciones ha de saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la resección del recto por cirugía laparoscópica.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que como alternativa podría plantearse la colocación de endoprótesis o la resección de la lesión a través del ano, pero que en mi caso la cirugía es la mejor opción.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la resección del recto por cirugía laparoscópica.

Firma del paciente³⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁷ En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN DE RECTO POR CIRUGÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

El recto es la parte final del intestino grueso que termina en el ano.

Mediante una incisión en el abdomen, se procederá a extirpar el segmento afectado por la lesión, con márgenes de seguridad libres de enfermedad.

Según la distancia de la lesión al ano se podrá o no reconstruir la continuidad del intestino. En las ocasiones en las que se deba extirpar el ano, se realizará un ano artificial permanente en el abdomen. En caso de poder suturar el colon, puede ser necesario dejar un ano artificial temporalmente.

Habitualmente es necesario realizar una preparación vía oral 24 horas antes de la intervención para limpiar el intestino.

En el curso de la intervención puede ser necesaria la extirpación de otros órganos si están afectados por la enfermedad.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse complicaciones, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento.

Complicaciones poco graves y más frecuentes: Infección o sangrado de la herida. Infecciones respiratorias. Infecciones urinarias. Retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Fuga en el empalme realizado por defecto en su cicatrización, que, puede resolverse con tratamiento médico, pero que en ocasiones precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales. Alteración de la continencia fecal. Lesión de órganos vecinos. Apertura de la herida y pared abdominal (evisceración), que puede requerir reintervención.

Más a largo plazo recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección del recto por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado que como alternativa podría plantearse la colocación de endoprótesis o la resección de la lesión a través del ano, pero que en mi caso la cirugía abierta es la mejor opción.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección del ano por cirugía abierta.

Firma del paciente³⁸

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁸En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN ENDOANAL

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende extirpar a través del ano lesiones rectales o de canal anal. En ocasiones se utiliza un dispositivo especial que se introduce a través del ano y mediante un instrumento especial se extirpa la lesión. Habitualmente es preciso una preparación previa para limpiar el intestino.

En ocasiones, bien por el estudio intraoperatorio de la pieza quirúrgica o por la imposibilidad de extirpar la lesión por esta vía es necesario realizar, un abordaje abdominal para efectuar el tratamiento correcto. Esto no es habitual, debido al estudio previo de cada caso. Si hubiera que extirpar el recto, según la distancia de la lesión al ano se podrá o no reconstruir la continuidad del intestino. Si no se puede, habrá que realizar un ano artificial permanente en el abdomen. En caso de poder efectuar la anastomosis, puede ser necesario dejar una ostomía temporal. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos.

El estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica puede aconsejar una posterior reintervención para extirpar la tumoración completamente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

A pesar de la adecuada elección de la técnica, 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: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación. Aumento del número de deposiciones.

Riesgos poco frecuentes: Sangrado o infección importante. Incontinencia de gases e incluso a heces. En caso de abordaje abdominal, dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que acostumbra a precisar una reintervención con la realización de un ano artificial, que puede ser temporal. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección endoanal.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento quirúrgico de resección endoanal.

Firma del paciente³⁹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

³⁹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN SEGMENTARIA LAPAROSCÓPICA DE COLON

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica, se va a proceder a extirpar por laparoscopia la parte enferma del intestino, para posteriormente suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo. Se acostumbra a efectuar una preparación previa del colon para limpiarlo.

A veces, puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos.

Ocasionalmente, se aconseja la realización de un ano artificial o estoma, que acostumbra a ser temporal.

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio después de la insuflación de gas y utilizando instrumental especial. El tipo de intervención es igual que en la cirugía convencional. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparatomía).

La laparoscopia pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia es más corto y confortable.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Infección o sangrado de la herida. Retención aguda de orina. Flebitis. Aumento del número de deposiciones. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo. También dolor referido, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico, pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Reproducción de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a una resección segmentaria laparoscópica de colon.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una resección segmentaria laparoscópica de colon.

Firma del paciente⁴⁰

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁰En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN SEGMENTARIA ABIERTA DE COLON

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión abdominal, se procederá a la extirpación de la parte enferma del intestino, para posteriormente, en la mayoría de casos suturarlo restaurando la continuidad del tubo digestivo.

Ocasionalmente, por cuestiones técnicas puede ser necesaria la realización de un ano artificial o estoma que, la mayoría de veces es temporal. Durante la intervención puede ser necesario ampliar la extirpación de otros órganos.

Se acostumbra a efectuar una preparación previa del intestino para limpiarlo.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina. Flebitis. Trastornos deposicionales. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía. Fístula de la anastomosis (sutura) por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos precisa una reintervención urgente con probablemente la necesidad de realizar un ano artificial. Sangrado o infección intra-abdominal. Obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a una resección segmentaria abierta de colon.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice una resección segmentaria abierta de colon.

Firma del paciente⁴¹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴¹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN PANCREÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se va a extirpar una parte o todo el páncreas. Según la localización de la enfermedad, en ocasiones, puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos (vesícula biliar, vía biliar, duodeno, estómago, bazo u otros órganos vecinos). Posteriormente mediante suturas se reconstruirá el tubo digestivo.

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar el páncreas enfermo, y prevenir las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, infección biliar o hepática...) que precisarían intervención urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Trastornos temporales o definitivos de las digestiones. Diabetes que requerirá insulina o antidiabéticos orales. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparatomía (apertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Fístula con salida de jugo pancreático, bilis o contenido intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección pancreática por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la alternativa es la colocación de prótesis por vía endoscópica o radiológica pero en mi caso se considera que la mejor alternativa es la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección pancreática por cirugía abierta.

Firma del paciente⁴²

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴²En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

RESECCIÓN HEPÁTICA POR CIRUGÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante una incisión en el abdomen, se va a extirpar una parte de hígado enfermo. Según la localización de la enfermedad, habrá quizás que extirpar la vesícula biliar, el conducto biliar o ampliar la resección a órganos vecinos afectados. Si se extirpa el conducto biliar principal será necesario reconstruirlo mediante sutura con un segmento de intestino.

Mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del hígado enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, infección biliar o hepática...) que precisarían intervención urgente.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Trastornos temporales de las digestiones. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparatomía (apertura de la herida). Fístula biliar. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Insuficiencia hepática.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Consentimiento Informado

Núm. HC _____

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección hepática por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que se pueden intentar otros tratamientos, (quimioterapia, radiofrecuencia...), pero en mi caso se considera que la mejor alternativa es la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección hepática por cirugía abierta.

Firma del paciente⁴³

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴³En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL

Identificación y descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento, se realiza una extirpación del quiste y todos sus trayectos fistulosos. Posteriormente se cerrará o se dejará abierta para curas posteriores según el estado en que se encuentre, con la intención de disminuir el riesgo de infecciones.

Puede ocurrir que durante la intervención se identifiquen otros hallazgos que obliguen a realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención es necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología

Objetivos del procedimiento i beneficios que se esperan

El objetivo de la intervención es la extirpación del sinus. La extirpación del sinus produce la eliminación de los síntomas, así como posibles complicaciones.

Alternativas razonables al procedimiento

No existen alternativas al procedimiento.

Consecuencias previsibles a su realización

La curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.

Consecuencias previsibles de la no realización

La no realización de la intervención puede tener el riesgo de la progresión de la enfermedad e incluye la posibilidad de una intervención urgente, en peores condiciones del paciente y por tanto un mayor riesgo quirúrgico.

Riesgos frecuentes

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 como otros específicos del tratamiento:

- Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes

Se pueden producir complicaciones menos frecuentes, que son mas graves como la reproducción del sinus.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía del sinus pilonidal.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía del sinus pilonidal.

Firma del paciente⁴⁴

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁴En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIERRE DEL ESTOMA POR CIRUGÍA ABIERTA

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende reconstruir la continuidad del tubo digestivo cerrando el ano artificial o estoma. Con este fin, se realizará una incisión alrededor de éste para permitir su sutura. Si el resto del intestino estaba previamente separado del ano artificial habrá que hacer una incisión abdominal, para permitir la exposición de los dos extremos intestinales se unirán con sutura. A veces para el cierre del orificio del ano artificial es necesario la colocación de material protésico (malla). Se acostumbra a efectuar una preparación previa para limpiar el intestino.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: Retención aguda de orina. Flebitis. Diarrea. Alteraciones de la continencia fecal, que habitualmente ceden tras un período de adaptación. Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, que puede requerir tratamiento prolongado con sueros. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía. Infección y sangrado abdominal. Fístula intestinal por alteración de la cicatrización de la sutura, que habitualmente requiere una intervención urgente con, normalmente, realización de nuevo estoma. Obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero con cierta frecuencia precisan de reintervención, generalmente de urgencia. Excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al cierre del estoma por cirugía abierta.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Que es un Hospital docente, y puedo ser operado por un médico en formación debidamente tutelado.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el cierre del estoma por cirugía abierta.

Firma del paciente⁴⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA

Descripción del procedimiento

Mediante esta técnica, se pretende regular la secreción de ácidos gástricos, causantes de la úlcera que padece, así como tratar las posibles complicaciones provocadas por la úlcera, como estrechez de la salida del estómago o episodios repetidos de hemorragia. La cirugía consiste, según la afectación del estómago y duodeno, en sección de los nervios gástricos sólo o asociado a una ampliación de la salida del estómago, mediante sección y sutura de la misma. En algunos casos hay que extirpar una parte del estómago.

Mediante este procedimiento, se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

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: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad para eructar, dificultad transitoria al tragar. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparatomía (abertura de la herida). Sangrado o infección intraabdominal. Perforación de vísceras. Estenosis. Dificultad importante al tragar. Reproducción del reflujo gastroesofágico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la alternativa al procedimiento consistiría en mantener el tratamiento médico actual de forma indefinida.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa.

Firma del paciente⁴⁶

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁶En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RESECCIÓN GÁSTRICA POR NEOPLASIA

El tratamiento quirúrgico de resección gástrica es un procedimiento con el cual se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce síntomas.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial del estómago, según el grado de afectación. Seguidamente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante la sutura del esófago o del estómago residual con un asa del intestino delgado. A veces la resección del estómago se acompaña de la extirpación de otros órganos intraabdominales (páncreas, bazo).

No existe ninguna otra alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico.

La realización de este procedimiento quirúrgico, además de las complicaciones comunes a toda intervención, puede presentar una serie de complicaciones específicas. Las más frecuentes y leves que pueden aparecer son la infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, vómitos y dolor postoperatorio prolongado de la herida.

Excepcionalmente pueden presentarse complicaciones graves como sangrado intestinal, sangrado intraabdominal, fístula por fallo de las suturas digestivas que pueden producir una infección intraabdominal, estenosis postoperatorias, alteraciones del estado nutricional que se pueden recuperar con suplementos dietéticos y recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones suelen resolverse con tratamiento médico (sueros, medicación,...) pero a veces precisan una reintervención, generalmente de urgencia, y con riesgo de mortalidad.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de resección gástrica por neoplasia.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve esta intervención.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que no existe ninguna otra alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la intervención.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Que es un Hospital docente, y puedo ser operado por un médico en formación debidamente tutelado.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de resección gástrica.

Firma del paciente⁴⁷

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁷En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGIA DE LA GLANDULA PARATIROIDES

La paratiroidectomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se pretende evitar el aumento progresivo de la/s glándula/s, afectación sistemática y/o controlar los niveles hormonales.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides, según el tipo de afectación. Si la extirpación es total o casi total hay una disminución de hormonas que puede exigir un tratamiento suplementario indefinido. El resultado de la biopsia, que puede modificar el diagnóstico, puede condicionar una reintervención para extirpar el resto de las glándulas.

En algunas ocasiones si la extirpación ha sido completa se puede hacer un autotrasplante glandular. Según la localización de las glándulas puede tener que realizarse una extirpación parcial de la glándula tiroides.

Asimismo si no es posible localizar todas las glándulas paratiroides, es posible que se precise una segunda intervención.

La mejor alternativa es la cirugía, ya que en las alteraciones hormonales el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe una alternativa terapéutica eficaz.

La realización de este procedimiento quirúrgico, además de las complicaciones comunes a toda intervención, puede presentar una serie de complicaciones específicas. Las más frecuentes y leves que pueden aparecer son la infección o sangrado de la herida quirúrgica, alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, rampas y hormigueo en las manos que se calman con medicación, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz y dolor postoperatorio prolongado de la herida.

Excepcionalmente pueden presentarse complicaciones graves como hematomas importantes en el cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides, recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones suelen resolverse con tratamiento médico (sueros, medicación,...) pero a veces precisan una reintervención, generalmente de urgencia, y con un riesgo mínimo de mortalidad

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de paratiroidectomía.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes del procedimiento y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que la mejor alternativa es la cirugía, ya que en las alteraciones hormonales el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe una alternativa terapéutica eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de paratiroidectomía.

Firma del paciente⁴⁸

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁸En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.

CIRUGIA DE LA GLANDULA TIROIDES

La tiroidectomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se pretende evitar el aumento progresivo de la glándula, afectación de los órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, según el tipo de afectación. Si la extirpación es total o casi total hay una disminución de hormonas lo cual exige un tratamiento suplementario indefinido. El resultado de la biopsia, que puede modificar el diagnóstico, puede condicionar una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

En el caso de alteración hormonal sería posible el tratamiento médico indefinido. En los demás casos no existe alternativa terapéutica eficaz que no sea la cirugía.

La realización de este procedimiento quirúrgico, además de las complicaciones comunes a toda intervención, puede presentar una serie de complicaciones específicas. Las más frecuentes y leves que pueden aparecer son la infección o sangrado de la herida quirúrgica, alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, rampas y hormigueo en las manos, por alteración de la paratiroides que se calman con medicación, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz y dolor postoperatorio prolongado de la herida.

Excepcionalmente pueden presentarse complicaciones graves como hematomas importantes en el cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides (rampas y hormigueo en las manos), recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones suelen resolverse con tratamiento médico (sueros, medicación,...) pero a veces precisan una reintervención, generalmente de urgencia, y con un riesgo mínimo de mortalidad.

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de tiroidectomía.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes del procedimiento y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ El médico me ha informado que en el caso de alteración hormonal sería posible el tratamiento médico indefinido. En los demás casos no existe alternativa terapéutica eficaz que no sea la cirugía.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de tiroidectomía.

Firma del paciente⁴⁹

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

⁴⁹En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.