

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Resección Gástrica

FL-CDM -14

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

EN QUE CONSISTE LA RESECCION GASTRICA

Mediante una incisión en el abdomen va a quitar una parte o todo el estómago según su grado de afectación. Posteriormente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del o estómago residual con un asa de intestino delgado. El médico me ha advertido que en algunos casos la resección del estómago se acompaña de extirpación de otros órganos abdominales como el bazo o la cola del páncreas.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios, con el fin de proporcionarme en tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA RESECCION GASTRICA

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

- Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica; flebitis; retraso en la recuperación de la motilidad intestinal; vómitos; dolor operatorio prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves. Sangrado intraabdominal, fístula por falla en la cicatrización de la sutura Intestinal que puede producir una infección intraabdominal, sepsis, estenosis post operatoria, alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


El médico me ha explicado que en mi caso no existe una buena alternativa terapéutica para mi enfermedad.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Resección Gástrica	FL-CDM -14
		Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **RESECCIÓN GÁSTRICA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **RESECCIÓN GÁSTRICA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia, con una **RESECCIÓN GÁSTRICA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____