

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una linfadenectomía PELVICA y PARAORTICA.

En mi caso la indicación quirúrgica es por

1.- Mediante este procedimiento se pretende la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos (a nivel pélvico o paraórtico) bajo anestesia general . Esta técnica puede ser realizada mediante **cirugía abierta o laparoscópica**. La utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor en el postoperatorio, disminuir las complicaciones relacionadas con la herida abdominal, una estancia hospitalaria más corta, así como la más rápida recuperación de la actividad habitual. La elección de una u otra técnica estará condicionada por las características de la enfermedad, condicionantes anatómicos personales, presencia de patologías previas, disponibilidad tecnológica, solicitud de la paciente en el caso de cirugía abierta y por la experiencia del cirujano. Es posible que una vez comenzada la cirugía por vía laparoscópica tenga que reconvertirse a cirugía abierta si las condiciones generales del paciente o del campo quirúrgico así lo requieren.

2.- La intervención se realiza con intención curativa, con fines diagnósticos o complementando a otros tratamientos como la quimioterapia. Puede realizarse una linfadenectomía uni o bilateral dependiendo de las características del tumor primitivo y de la afectación linfática.

3.- El medico me ha explicado que es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

4.- Durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla total o parcialmente , porque la enfermedad este mas avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas..

5.- El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el medico considere oportuno.

6.-La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos y didácticos. Asimismo, los datos de su procedimiento y resultados pueden ser registrados en una base de datos para ser posteriormente tratados, conjuntamente con los procedentes de otros pacientes, con fines científicos, preservando siempre su naturaleza confidencial.

7. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

Posibles efectos adversos

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Entre estos últimos destacan: *no conseguir la extirpación de los ganglios o masas retroperitoneales o lograrlo solamente de forma parcial; la persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente; hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio que pueden obligar a reintervenir para solucionar la hemorragia; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica o de las incisiones de los puertos si se realiza vía laparoscópica (infección con diferente gravedad; dehiscencia de sutura; defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; neuralgias –dolores nerviosos–; hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad–); linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.*

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis problemas de salud conocidos como alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Riesgos personalizados

En caso de padecer problemas de salud relevantes o estar bajo los efectos de cierta medicación de riesgo concomitante (antiagregantes, anticoagulantes, etc.) la probabilidad de experimentar complicaciones puede aumentar.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, HTA, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones .

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

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones:

CONSENTO

Que se me realice una LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

En a

Fdo: el/la médico

Fdo: la paciente

Fdo: el/la representante LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En a

Fdo: el/la médico

Fdo: la paciente

Fdo: el/la representante LEGAL (si procede)