

Consentimiento informado Cirugía Abierta Estómago

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, a través de una incisión en el abdomen, se me 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 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.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado de que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas y evitar sus complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción, etc.).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, en mi caso, no existe una alternativa eficaz para el tratamiento de mi enfermedad.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden 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 laparotomía (apertura 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, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y en algunos casos puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Mediante esta cirugía se le va a extirpar parte o todo el estómago.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a:

Colegiado nº Fecha:

Firma del paciente

D/Dª:

Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de
a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2
28006 Madrid
Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

/CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php