

# Consentimiento informado Cirugía Abierta Eventración

## 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 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.

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 reparar el defecto de la pared abdominal evitando, su aumento progresivo y eliminando el riesgo de estrangulación, que obligaría a una cirugía urgente.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La única terapéutica eficaz para la corrección de la eventración es la cirugía.

## ¿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, 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, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

## CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

.....

## 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](mailto: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](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

/CentroMedico  
 EnfermedadesDigestivas  
 @TWC MED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
 Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)