

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA CITORREDUCTORA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la mayor cantidad posible de tejido tumoral que se encuentre en mi cavidad abdominal. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

En caso de tomas de biopsias, 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. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La intervención consiste en la apertura de la cavidad abdominal y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se hará biopsia intraoperatoria y dependiendo de los resultados de ésta, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:

1. Extirpación de todo el aparato genital y de las cadenas ganglionares, así como otras estructuras que estén indicadas (apéndice, epiplón, etc.)
2. Cirugía citorreductora: extirpación de amplias superficies peritoneales, vesícula, bazo, etc.
3. La cirugía puede quedar limitada solamente a la toma para la biopsia.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento. En el estadio de mi enfermedad la asociación de quimioterapia junto con la cirugía citorreductora consiguiendo los mejores resultados terapéuticos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El cirujano/a me ha explicado que se pretende extirpar la mayor cantidad posible de tejido tumoral que se encuentre en mi cavidad abdominal con el fin de controlar mi enfermedad.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende evitar la progresión de la enfermedad y controlar sus posibles repercusiones generales y de los órganos vecinos, lo cual puede producirse si no

se realiza este procedimiento.

RIESGOS FRECUENTES

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:

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...).
2. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión.
3. Lesiones vesicales, ureterales, intestinales.
4. Fístulas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Prolapsos (descensos) de cúpula vaginal.
2. Hernias de la laparotomía.
3. Recidiva de la enfermedad dentro de la cavidad abdominal.

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

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

El médico me ha indicado mi deber de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA