

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LUMBOTOMÍA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

*¿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

La Lumbotomía es un tipo de intervención quirúrgica muy frecuentemente utilizada en Urología.

Se realiza mediante una incisión en el flanco y que a veces requiere extirpar alguna costilla.

Mediante este tipo de operación es posible tratar enfermedades del riñón, de las cavidades renales, del uréter lumbar y de las glándulas suprarrenales.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

Complicaciones Operatorias:

1 Hemorragia. Representa la complicación más peligrosa de la cirugía urológica. A pesar de todas las precauciones que se adoptan, se producen, a veces hemorragias graves que amenazan la vida del enfermo. En general requieren transfusiones de sangre.

2. Penetración en la cavidad pleural (lugar donde se alojan los pulmones), que en raras ocasiones hace necesaria la utilización de un tubo de drenaje de tórax.

3. Lesión intestinal.

4. Lesión de vísceras abdominales (hígado, bazo, páncreas, etc).

5. Trastornos cardiovasculares (paro cardíaco, infarto de miocardio, etc.)

6. Complicaciones inherentes al proceso anestésico.

7. Fracaso renal agudo por alteraciones hemodinámicas (hipotensión, severa, isquemia, etc.).

8. Lesiones por la corriente eléctrica que aunque son raras pueden producir desde pequeñas quemaduras hasta electrochoques.

Complicaciones Postoperatorias:

1. Infección de la herida.
2. Dehiscencia de la herida (separación de los músculos produciendo como una hernia en la herida), o más frecuentemente debilidad de la pared muscular.
3. Con gran frecuencia queda una banda de anestesia cutánea en relación con la herida. En muy raras ocasiones si un nervio queda incluido en un punto o en la cicatriz se puede formar un neuroma cicatricial, que resulte doloroso.
4. Fístula intestinal (comunicación del intestino con el exterior a otro órgano. Puede requerir reintervención.).
5. Hemorragia secundaria grave que puede requerir reintervención para controlar el sangrado.
6. Hemorragia digestiva a menudo relacionada con úlcera péptica previa.
7. Complicaciones pulmonares (neumotórax, neumonía, atelectasia...).
8. Complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, embolismo pulmonar, Tromboflebitis...).
9. Absceso lumbar (colección de pus en la zona del riñón, que puede necesitar tratamiento quirúrgico).

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

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

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 |