hm hospitales

Documento de consentimiento informado para la intervención quirurgica de apendicitis aguda (laparotomía)

Pegatina con los datos Personales y de identificación del niño/a intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/._____Y con el DNI número _____ en calidad de _____del niño_____, con la historia clínica nº_____

DECLARO

Que el Dr. / Dra.....____
me ha informado de la necesidad de operar la apendicitis aguda que padece mi hijo/a, consistente en una extirpación del apéndice ileocecal (apendicectomía), mediante una laparotomía.

1. El propósito principal de la intervención es la extirpación del apéndice inflamado, evitando así complicaciones muy graves como su perforación, una peritonitis o sepáis, que ponga en peligro la vida del paciente.
2. La intervención precisa de anestesia general de lo que será informado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención consiste en la extirpación del apéndice a través de una incisión en el lado derecho del abdomen, generalmente pequeña. De presentar pus libre se hace una limpieza y aspiración del mismo. En peritonitis generalizadas puede estar indicada la colocación de drenajes y la colocación de una sonda por la nariz para facilitar el drenaje del estómago. El niño permanecerá unas horas en la unidad de reanimación y después pasará a su habitación. Comenzará a comer y beber cuando recupere los movimientos intestinales y se le administrarán antibióticos (apendicitis complicadas) y analgésicos. La duración de la estancia en el hospital dependerá de la evolución del paciente.
4. No existe ningún tratamiento alternativo a la apendicectomía, que también puede realizarse por laparoscopia, aunque no está indicada en todos los casos de apendicitis agudas. En casos muy concretos puede estar indicado un intenso tratamiento antibiótico y diferir la cirugía unos días.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto o patología asociada (divertículo de Meckel inflamado o perforado, torsión de ovario, etc.), el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada para proporcionar el tratamiento más adecuado.
6. Las complicaciones que pueden aparecer dependen del tipo de apendicitis aguda y del estado del paciente. Las más frecuentes son el absceso de la herida quirúrgica, el absceso intraabdominal y la obstrucción intestinal. Estas se resuelven habitualmente con tratamiento médico (antibióticos, drenajes, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias

(infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:----------
---

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario
10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de apendicitis aguda laparotomía) de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra.

D.N.I.: é é é é é é é é é é é é é é é é é

Firma autorizada: VºBº niño

Médico informante
Dr./Dra.é é é é é é é é é é é é
NºCol. / C.N.P.: é é é é é é é é

Firma:

Fecha: ....., a ..... de ..... de 20.....

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA
Médico Informante Testigo
(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)
Sr/Sra.....

DNI : .....

Firma:

Médico informante

Dr/Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr.Sra.....

DNI : .....

Firma:

Fecha: ....., a ..... de ..... de 20.....

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha é é é é é é é é ....,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre:é . ..

Dr./Dra. é ...é é é é .....

Firma:

Firma:

Fecha: ..... , a ..... de ..... de 20.....