



# Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de biopsia hepática por laparoscopia

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con DNI número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del niño  
\_\_\_\_\_, con la Historia Clínica nº \_\_\_\_\_

## DECLARO

Que el Dr. /Dra. \_\_\_\_\_ me ha informado de la necesidad de realizar a mi hijo/a una biopsia hepática por vía laparoscópica, para diagnóstico de su patología hepática.

1. El propósito principal de la intervención es: tomar una muestra de hígado para su estudio y así diagnosticar su enfermedad.
2. La intervención precisa anestesia general, de la que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en obtener una muestra del hígado mediante laparoscopia, técnica que se realiza mediante pequeñas incisiones en el abdomen por las que se introduce un sistema óptico con cámara (laparoscopio), gas (CO2) y el instrumental preciso, siempre bajo observación directa. Además se inspecciona la cavidad abdominal con el fin de descartar otra patología. La muestra obtenida se enviara al servicio de anatomía patológica para su estudio. Si se produce sangrado se hará hemostasia. Luego extraemos el gas y cerramos los orificios con puntos de sutura.
4. Las posibles alternativas son realizar la toma de biopsia hepática mediante laparotomía (cirugía abierta) o mediante punción percutánea (a través de la piel) y control ecográfico en el Servicio de Radiología.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto en los hallazgos intraoperatorios, el equipo medico podrá variar la técnica quirúrgica programada, incluyendo la conversión a cirugía abierta, si fuere preciso.
6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser:
  - Derivadas de la intervención: infección de la herida operatoria, sangrado en la zona de la biopsia (que podría precisar transfusión o reintervención), cicatrización anómala, fracaso en la obtención de la biopsia o muestra insuficiente.
  - Derivadas de la laparoscopia: al introducir los trocares pueden producirse lesiones de vísceras y vasos intraabdominales, perforaciones de intestino delgado/grueso, hemorragias, embolia gaseosa, punción del espacio pleural, neumotórax, derrames de pulmón, que son graves, pero muy infrecuentes. Puede requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno. La posible extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, el dolor postoperatorio en el hombro, y los vómitos postoperatorios, son mas frecuentes, pero de carácter temporal.
  - Derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta térmica, etc.), o las posturales.
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 ello comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de biopsia hepática mediante laparoscopia 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 podre revocar en cualquier momento.

Por todo ello:

<b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b>	
<b>Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>  Sr. /Sra. 0 .. 0 .... DNI.: 0  Firma autorizada: _____ VºBº niño _____	<b>Médico informante</b>  Dr. /Dra.: 0 Nº Col. / C.N.Pº 0  Firma: _____
Fecha: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 20 0 0 0 0	

<b>NO AUTORIZO LA RELIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>  Sr. /Sra. 0 . 0 DNI.: 0  Firma: _____	<b>Medico informante</b>  Dr. / Dra.: 0 Nº Col. 0 ..  Firma: _____	<b>Testigo</b>  D. /Dña. 0 .. 0 DNI.: 0  Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 20 0 0 0 0		

<b>REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO</b>	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con esta fecha por finalizado.	
Nombre: 0 Dr. /Dra 0 ..	
Firma: _____	Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 20 0 0 0 0	