

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de hernia epigástrica

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

Don/Doña _____ 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 proceder a un tratamiento quirúrgico de la hernia epigástrica que presenta mi hijo/a, patología consistente en la protrusión de tejido intraabdominal, y con menor frecuencia de un segmento de intestino, en relación con esfuerzos, a través de un defecto o debilidad anormal de la pared abdominal, en su línea media supraumbilical.

1. El propósito principal de la intervención es cerrar el defecto en la aponeurosis de la línea media de la pared abdominal, y evitar complicaciones por incarceration herniaria (epiplon).
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el servicio de anestesiología y Reanimación
3. La intervención (herniorrafia epigástrica) consiste en realizar una incisión sobre la tumoración, hasta alcanzar el defecto de la pared por donde sale la hernia, reduciendo su contenido y suturando el orificio herniario.
4. No hay ninguna alternativa de tratamiento. La intervención quirúrgica es necesaria para evitar el riesgo de que se estrangule y lesione el epiplon o intestino.
5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Su recuperación es buena, con un periodo de hospitalización corto (<24 horas) y pueden volver a su actividad habitual en un plazo corto de tiempo. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor a la sutura, que irá desapareciendo progresivamente.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser dolor y vómitos en las primeras horas, hematoma en la zona de la intervención, edema y problemas derivados de la incisión como parestesias, neuralgia, intolerancia a puntos e hipertrofia de la herida.
8. Es una complicación mucho menos frecuente la recidiva de la hernia por reapertura del conducto herniario.
9. 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.
10. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:

11. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

12. 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.

13. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de hernia epigástrica 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)	Médico informante Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0
Sr/Sra	Firma:
D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
Firma autorizada: _____ VºBº niño	
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____	

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.....	Médico informante Dr./Dra..... CNP/NºCol:.....	Testigo Sr.Sra.....
DNI :	Firma:	DNI :
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.	
Nombre :0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0
Firma:	Firma:
Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____	