

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de hernia inguinal (niñas)

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 proceder a un tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal que presenta mi hija, patología consistente en la persistencia de un conducto (saco herniario) que comunica la cavidad abdominal y el pubis, y a través del cual puede protruir contenido intraabdominal, e incluso el ovario y la trompa uterina. Esta localizada en el lado _____.

1. El propósito principal de la intervención es cerrar el saco herniario inguinal que debería haberse cerrado durante la vida intrauterina, y evitar complicaciones (incarceración herniaria).
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención (herniorrafia inguinal), consiste en separar el conducto herniario de los tejidos vecinos, suturarlo en su base para cerrarlo y extirparlo.
4. No hay ninguna alternativa de tratamiento. La intervención quirúrgica es necesaria para evitar el riesgo de que se estrangule y lesione el intestino y/o el ovario y la trompa.
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. Las consecuencias de esta intervención serán la aparición de dolor y de un pequeño edema transitorio en la zona de la incisión. La recuperación es buena y pueden volver a su actividad habitual en un plazo corto de tiempo. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser el 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 de sutura e hipertrofia de la herida.
8. Son complicaciones mucho menos frecuentes, la recidiva de la hernia, y en algunos casos excepcionales puede producirse lesión del ligamento redondo y ptosis de los labios menores. Cabe la posibilidad de que posteriormente aparezca una hernia en el otro lado, pero este dato no justifica la intervención del otro lado, si no hay evidencia de hernia.
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 ello comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
13. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de hernia inguinal en niñas 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:

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

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

| REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO | |
|--|--|
| <p>Revoco el consentimiento firmado en la fecha 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.</p> | |
| <p>Nombre: 0 ..</p> <p>Firma: _____</p> | <p>Dr. /Dra 0 ..</p> <p>Firma: _____</p> |
| <p>En 0 0 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</p> | |