

Documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica de hernia umbilical

Pegatina con los datos personales y de indentificación 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 al tratamiento quirúrgico de la hernia umbilical de mi hijo/a, patología consistente en un defecto o debilidad anormal de los tejidos del ombligo, por el que protuye una tumoración correspondiente a un segmento de intestino o de tejido intra-abdominal.

1. El propósito principal de la intervención es cerrar el citado defecto, que debería haberse cerrado espontáneamente tras la caída del cordón umbilical o durante los primeros 3 años de la vida.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención (herniorrafia umbilical), consiste en realizar una incisión semilunar en el ombligo, separar el conducto herniario del ombligo, seccionarlo, cerrar la cavidad abdominal y reconstruir la cicatriz umbilical. En ocasiones hay que arreglar la piel que sobra por que la hernia es muy grande.
4. No hay ninguna alternativa de tratamiento. La intervención quirúrgica es necesaria para evitar el riesgo de que se estrangule y lesione el 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. La recuperación es buena, con un periodo de hospitalización corto (<24 horas) y el niño puede 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 la aparición de dolor y vómitos en las primeras horas de postoperatorio, 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. La recidiva de la hernia, por reapertura del orificio umbilical, es muy poco frecuente.
8. 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.
9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son _____.
10. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

11. La realización del procedimiento podrá ser firmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de hernia umbilical 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

<u>DOY MI CONSENTIMIENTO</u>		
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico informante	
Sr/Sra..... DNI	Dr./Dra. Nº Col. / C.N.P.:	
Firma autorizada:	VºBº niño	Firma:
Fecha:, a de de 2.....		

<u>NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</u>		
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº niño si es mayor de 12 años (opcional)	Médico Informante	Testigo
Sr. Sra. Sr. Sra. DNI: Firma:	Dr./Dra. CNP/NºCol: Firma: DNI: Firma:
Fecha:, a de de 2		

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