hm hospitales

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de hidrocele

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 proceder al tratamiento quirúrgico del hidrocele que padece mi hijo, patología consistente en una acumulación de líquido peritoneal en bolsa escrotal debida a la persistencia de un conducto que comunica la cavidad abdominal y la vaginal testicular, que debería haberse cerrado tras el descenso testicular. Está localizada en el lado _____

1. El propósito principal de la intervención es cerrar por vía inguinal ese conducto, con vaciamiento del líquido acumulado.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
3. La intervención (hidrocelectomía) consiste en localizar el conducto de comunicación, separarlo de los tejidos vecinos, seccionarlo y cerrarlo con una sutura, procediendo al vaciamiento del líquido acumulado en bolsa escrotal.
4. La posible alternativa es la punción evacuadora, que no es eficaz ni recomendable, pues no soluciona el problema de la comunicación con la cavidad abdominal. En caso de no realizar la intervención, el hidrocele puede aumentar, producir fibrosis de la vaginal testicular y/o llegar a convertirse en una hernia, con el riesgo de estrangulación.
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 temporal de dolor y un pequeño edema transitorio en la zona de la incisión o en el escroto. La recuperación es buena y pueden volver a su actividad habitual en un plazo corto de tiempo. Puede intervenirse en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
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 de sutura e hipertrofia de la herida. Son complicaciones mucho menos frecuentes: la recidiva del hidrocele por reapertura del conducto, y en algunos casos excepcionales puede producirse alteraciones en el crecimiento testicular, atrofia testicular o lesión del conducto deferente.
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, salvoque yo manifieste lo contrario

11. 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.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de hidrocele 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

Firma autorizada: VºBº niño

Fecha: ..... , a ..... de ..... de 2.....

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:

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 2.....

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 2.....