

**CONSENTIMIENTO PARA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA.**

Ciudad y fecha:....., ...../...../20.....

1. Yo....., con un cuadro clínico caracterizado por ....., luego de haberseme explicado el mismo en términos claros y sencillos, la posible patología que puedo presentar, como así también los objetivos, alcances y características del procedimiento, por la presente autorizo al **Dr./a** ....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como **laparoscopia exploradora**, que se realizará en .....
  
2. Se me ha informado que la Laparoscopia exploradora es un método de diagnóstico que consiste en la visualización directa de la cavidad abdominal y pélvica, utilizando un endoscopio y una fuente de luz. A través de pequeñas incisiones en la pared abdominal anterior, se introducen sistemas de insuflación para crear una cámara aérea que permita la introducción de los instrumentos de trabajo. Se me ha explicado que mediante este procedimiento se busca arribar al diagnóstico de la enfermedad que padezco, la cual no ha podido ser esclarecida por otros métodos de estudio no invasivos (examen físico, laboratorio, estudios por imágenes, etc). Se me ha informado además, que en caso de que mi enfermedad sea de tratamiento quirúrgico, se intentará resolverla por esta vía. Se me explicó también que podrán tomarse muestras de biopsia de tejido para su posterior análisis anatomopatológico.  
 Estoy en conocimiento de que en aquellos casos en que por razones técnicas o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía, se procederá a su conversión a una cirugía convencional (laparotomía).
  
3. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - 3.1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - 3.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: Disconfort postoperatorio como consecuencia del neumoperitoneo, injuria de órganos o vasos intraabdominales al introducir los trócares o durante el procedimiento, hemorragias, inflamación, decoloración de la piel, hematoma (acumulación de sangre), seroma (acumulación de líquidos), tejido cicatrizal anormal (cicatrización hipertrófica o queloide), infección, absceso de herida, hiperpigmentación, fístulas, parestesia de la zona quirúrgica, embolia gaseosa, infección de herida.
  
4. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
  
5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
  
6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la

realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma. Especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de retrasar el diagnóstico de una enfermedad y su eventual tratamiento, lo cual puede afectar mi salud, o incluso provocar la muerte.
8. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
10. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a: .....
11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....