

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: CC - TI – OTRA _____ EXPEDIDA EN _____

DECLARO QUE EL DOCTOR

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a una:

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

INDICACIÓN(ES):

.....
.....
.....

- A la vista de las exploraciones efectuadas y ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto, a través de las citadas pruebas, considero debe ser realizada la laparotomía exploradora.
- La laparotomía exploradora precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.
- La laparotomía exploradora sólo se puede practicar por vía abdominal. La intervención consiste en apertura de la cavidad abdominal y revisión de los órganos abdominales y pélvicos; en algunos casos se puede proceder a realizar biopsia intra operatoria. Según los hallazgos y/o el resultado de la biopsia, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:
- Extirpación de parte o todo el aparato genital:
 - Ooforectomía uni o bilateral
 - Anexectomía (ovario y trompa) uni o bilateral
 - Histerectomía subtotal o total
 - Todo el aparato genital (Anexohisterectomía)
 - Todo el aparato genital más cadenas ganglionares, así como otras estructuras que estén indicadas (apéndice, epiplon, etc.).
 - Cirugía reductora.
 - La cirugía puede quedar solamente reducida a la toma de una biopsia.
 - Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para realizar el estudio patológico.
- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

- Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, pueden ser:
 - Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...)
 - Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
 - Lesiones vesicales y/o uretrales.
 - Lesiones intestinales
 - Fístulas
- A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias postlaparotómicas (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

CONSIENTO que se me realice una **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA**

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

LUGAR Y FECHA. _____

EL MÉDICO _____ LA PACIENTE _____

Fdo. El representante legal, familiar o allegado

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, esta fecha por finalizado.

LUGAR Y FECHA, _____

EL MÉDICO _____ LA PACIENTE _____

Fdo. El representante legal, familiar o allegado
