

**Documento de información
y consentimiento**

Tte. Gral. J. D. Pádon 4190 - C1195ABB
Buenos Aires - Argentina
Tel. (011) 4959-0200
www.hospitalitaliano.org.ar

Apellido y Nombre del paciente : F [REDACTED]
Fecha de nacimiento : 0 [REDACTED]
Apellido y Nombre del Profesional : DE SANTIBAÑES EDUARDO M. N: 45911
Fecha: 06/11/2018 10:17:55
Servicio: SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Ambito: INTERNADO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección tumor de cabeza del páncreas y los métodos diagnósticos y terapéuticos [REDACTED] me ha [REDACTED] NO DESEAR recibir esta información en [REDACTED] se suscribe en el lugar que se destina al pie, o puedo autorizar a [REDACTED] DNI [REDACTED] a recibir información y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido. Por el presente doy mi consentimiento de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, su Decreto reglamentario N° 1089/2012 y sus normas modificatorias, complementarias y regulatorias para ser sometido al procedimiento, diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

Procedimiento 1 : duodenopancreatectomía cefálica

Los beneficios más probables del tratamiento son: Tratamiento resectivo de la lesión /tumor

Las consecuencias de negarme al mismo son: progresión de enfermedad oncológica

Los riesgos más probables del tratamiento son: retardo vaciamiento gástrico, ascitis quílosa, complicaciones respiratorias, dehiscencia anastomosis intestinal, falla cardíaca, fístula pancreática, mortalidad, peritonitis, hemorragia, infección sitio quirúrgico, insuficiencia renal, fístula biliar

La realización de esta práctica puede generar dolor. El equipo asistencial a cargo realizará las evaluaciones y tomará las medidas pertinentes para mitigarlo de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica del Hospital Italiano.
Y como posibles alternativas al tratamiento el profesional me ha propuesto: tratamiento médico oncológico, tratamiento de sostén, cirugía paliativa, paliación endoscópica

Observaciones del procedimiento: Mortalidad sin tratamiento 100%

Mortalidad de la cirugía 3-5%

Riesgo de complicaciones 15-20%

Internación entre 7-10 días

50 % de probabilidad de resecabilidad

15-20% de probabilidad de hallazgos intraoperatorios que contraindiquen la resección

En los casos que amerite, el profesional me informa que el tipo de anestesia que se va a aplicar y sus riesgos serán explicados en el CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA o SEDACION. Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas por el profesional y las he comprendido, habiendo recibido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización


Documento de información
y consentimiento

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires


Tte. Gral. J. D. Perón 4190 - C1199ABB
Buenos Aires - Argentina
Tel. (011) 4959-0200
www.hospitalitaliano.org.ar

efectiva de la práctica o procedimiento.-

EL HOSPITAL se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la Historia Clínica N°4699893 que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad.


Firma y Aclaración del
Paciente o Representante


Firma y Aclaración del
Profesional


Firma y Aclaración del
Testigo (en el caso que No
Sea el paciente quien firme
El consentimiento)

REVOCACION:

El consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos. Manifiesto de forma libre que revoco el consentimiento para la realización de duodenopancreatectomía cefálica, que se me indicara oportunamente. Se me han explicado suficientemente los riesgos que podrían derivarse de esta decisión, haciéndome responsable de las consecuencias que esta decisión puede generar en mi salud.

Firma y Aclaración del
Paciente o Representante

Firma y Aclaración del
Profesional

Firma y Aclaración del
Testigo (en el caso que No
Sea el paciente quien firme