

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA**

ETIQUETA CON LOS  
DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia: \_\_\_\_\_  
D./Dña.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con  
domicilio en \_\_\_\_\_  
y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_ en calidad de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña.: \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar tratamiento quirúrgico de la **PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA**, que padezco.

1.- Mediante este procedimiento se pretende eliminar y drenar las colecciones de líquido o pus que usted tiene en su abdomen, eliminar las zonas necrosadas de su páncreas, habitualmente se extirpa la vesícula biliar y a veces se drena la vía biliar, así como los espacios retroperitoneales y se lavan convenientemente esas cavidades.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

3.- Mediante esta técnica se me van a extirpar las zonas necrosadas del páncreas, drenar la cavidades abdominal y retroperitoneal, posiblemente se me extirpe la vesícula biliar y a veces hay que drenar la vía biliar.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

En algunos casos hay que realizar revisiones quirúrgicas cada 24-48 o más horas, de cara a nuevas actuaciones quirúrgicas de drenaje y extirpación de tejidos necrosados.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales o definitivos de las digestiones. Diabetes que requerirá insulina o antidiabéticos orales. Dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Sangrado e infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Fístulas por defecto de la cicatrización. Ictericia. Colangitis (infección de los conductos biliares). El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación

previa, en ocasiones con peculiaridades como \_\_\_\_\_  
(aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_

**6.-** El médico me ha explicado que en mi caso no existe una buena alternativa terapéutica para mi enfermedad.

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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

## CONSIENTO

que se me realice el tratamiento quirúrgico de la **PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRAGICA.**

En Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

## REVOCACIÓN

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº . \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº . \_\_\_\_\_ en calidad de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado