

PACIENTE: 900000 PRUEBA DE UN SOLO PACIENTE NO CREAR OTRO **SERVICIO:** 0013720742 **FECHA:** 12/04/2024
NASCIMIENTO: 22/01/1980 **EDAD:** **SEXO:** Masculino **UNIDAD:** **TIEMPO INTERN:**
SEGURO: PRIVADO(CBHPM)(PG ACTO) **PLAN:** PLAN ESTÁNDAR

- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO -

Por la presente declaro que:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

He sido debidamente informado/a, en un lenguaje claro y objetivo por el/la médico/a, de que las valoraciones y exploraciones realizadas han revelado la(s) siguiente(s) alteración(es) y/o hipótesis diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO: Z000 - EXAMEN MÉDICO GENERAL

En base a este diagnóstico, me recomendaron el siguiente tratamiento/procedimiento:

- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Detalles o procedimientos adicionales: NO

LATERALIDAD: DERECHA IZQUIERDA BILATERAL NO SE APLICA

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Declaro que he recibido las orientaciones que figuran a continuación, incluidos los detalles de la vía de acceso (abierta/corte, endoscopia, videolaparoscopia o asistida por robot) y los órganos que se abordarán.

Descripción adicional del procedimiento:NO

BENEFICIOS ESPERADOS

Estas medidas de apoyo tienen como objetivo conseguir una mejor estabilidad clínica del paciente. El tratamiento quirúrgico no garantiza que el paciente no tenga que ser hospitalizado para tratamiento antibiótico y/o recuperación clínica, como la capacidad de comer correctamente, el control del dolor, etc.

Beneficios esperados adicionales:
NO

ALTERNATIVAS Y POSIBLES CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Se discutieron alternativas de tratamiento junto con el médico responsable, según el cuadro clínico presentado, con el objetivo de evitar un empeoramiento del estado clínico del paciente.

Alternativas y consecuencias adicionales:
NO

RIESGOS POTENCIALES DEL PROCEDIMIENTO

La mayoría de las veces, la decisión de someterse a una intervención quirúrgica es personal y es el propio paciente quien decidirá si los beneficios se ajustan a sus objetivos y si los riesgos y posibles complicaciones son aceptables.

Los posibles riesgos asociados a la cirugía son hemorragia; infección de la zona quirúrgica con o sin necesidad de otros procedimientos quirúrgicos; daños en otros órganos; conversión a cirugía abierta (por corte) si inicialmente se optó por el procedimiento mínimamente invasivo; mala cicatrización, inflamación y formación de queloides en los lugares de las incisiones quirúrgicas; hernia incisional; dolor, que puede persistir; retención urinaria; riesgos anestésicos; otras infecciones asociadas a los cuidados, como infecciones urinarias y respiratorias; complicaciones cardiovasculares (incluido infartos); trombosis; otros riesgos, pero no descritos aquí, como paro cardíaco y sus implicaciones, que pueden conducir a la muerte.

Soy consciente de que los procedimientos mínimamente invasivos (asistidos por robot, videoasistidos o endoscópicos), por razones técnicas o relacionadas con el paciente, pueden convertirse a técnicas más convencionales, ya sea parcial o totalmente, cuando la técnica inicialmente propuesta resulte inviable o de riesgo significativo.

Las complicaciones asociadas a este procedimiento/cirugía, aunque infrecuentes o raras, van desde lesiones leves a otras más complicadas que no se describen aquí y que pueden requerir un seguimiento en una unidad de cuidados intensivos tras la cirugía.

He comprendido que este procedimiento/cirugía es uno de los tratamientos de elección para la afección clínica actual, pero puede no ser la cura para esta afección. He comprendido que no hay garantía absoluta de los resultados que se obtendrán, independientemente del tipo de cirugía, de la buena técnica quirúrgica y anestésica y de la eficacia de los cuidados médicos.

Soy consciente de que, durante el procedimiento, pueden producirse otras situaciones imprevisibles aún no diagnosticadas o emergencias que requieran cambios en el procedimiento propuesto.

Soy consciente de que puede ser necesaria una transfusión de sangre.

He sido informado/a sobre la posibilidad de sentir dolor durante y después del procedimiento, y sobre las medidas adoptadas por la institución para controlar este dolor.

Riesgos potenciales adicionales:
NO

REHABILITACIÓN

PACIENTE: 900000 PRUEBA DE UN SOLO PACIENTE NO CREAR OTRO	SERVICIO: 0013720742	FECHA: 12/04/2024
NASCIMIENTO: 22/01/1980 EDAD:	SEXO: Masculino UNIDAD:	TIEMPO INTERN:
SEGURO: PRIVADO(CBHPM)(PG ACTO)	PLAN: PLAN ESTÁNDAR	

Se me ha informado de que, tras la intervención, seré responsable de tomar la medicación, de acudir a las citas de seguimiento y de que debo seguir estrictamente las pautas de cuidado del equipo que me acompañe. Será necesario invertir económicamente en la medicación, los desplazamientos a las citas y los cuidados personales. También soy consciente de que los aspectos psicológicos y emocionales son factores que pueden repercutir a lo largo del proceso de recuperación.

Soy consciente de que el proceso de rehabilitación postoperatoria es importante para un buen resultado y consiste en un periodo variable definido por mi médico en función de las características de mi diagnóstico y del procedimiento realizado. El periodo de recuperación de los pacientes sometidos a tratamiento es muy importante y varía en función de las características individuales y del tratamiento recibido, y me corresponde a mí seguir estrictamente las recomendaciones médicas para una mejor adaptación y recuperación postquirúrgica.

Orientaciones adicionales de rehabilitación:NO

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O TUTOR

Por mi propia iniciativa, acepto asumir los riesgos arriba mencionados y doy permiso/autorización voluntaria para que se realice(n) el/los procedimiento(s) establecido(s) en este documento, incluyendo los procedimientos necesarios para tratar de resolver situaciones imprevisibles y/o de emergencia, que deberán realizarse y resolverse según la conveniencia única de cada evento.

Esta autorización se otorga al/a la médico/a identificado a continuación, así como a su(s) asistente(s) y/u otro(s) profesional(es) elegido(s) por él.

Autorizo Sí No, la filmación/fotografía de la zona operatoria (preservando la identidad del paciente), así como la difusión de dichas imágenes con fines científicos, sin ninguna carga financiera, presente o futura.

Autorizo el examen anatomopatológico de los materiales retirados durante el procedimiento por un laboratorio de patología asociado al Hospital São Rafael S.A.

He tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas sobre el/los procedimiento(s), habiendo leído y comprendido toda la información de este documento antes de firmarlo. He sido informado/a sobre el/los procedimiento(s) y los riesgos asociados, las posibles alternativas al procedimiento, las consecuencias de no realizar el examen/tratamiento/procedimiento propuesto y los problemas que pueden surgir durante el periodo de recuperación.

Aunque he comprendido las explicaciones que se me han dado, se me han aclarado todas las dudas y estoy plenamente satisfecho con la información recibida, me reservo el derecho a revocar este consentimiento antes de que se lleve a cabo el/los procedimiento(s) objeto de este documento.

Afirmo que he recibido las instrucciones antes del procedimiento.

Salvador, ____ de ____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente

o

Tutor

Quando el paciente sea menor de edad, tenga un tutor legal o no pueda firmar este documento.

Representante / Tutor Legal:

Identidad:

Parentesco:

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

CONFIRMO que he explicado detalladamente al paciente y/o a su(s) familiar(es) o tutor(es) la finalidad, los beneficios, los riesgos y las alternativas del/de los tratamiento(s)/procedimiento(s) descrito(s) anteriormente, respondiendo a las preguntas formuladas por los mismos, y aclarando que el consentimiento que ahora se otorga y firma puede ser revocado en cualquier momento antes del procedimiento. Según tengo entendido, el paciente o su tutor están en condiciones de comprender lo que se les ha informado.

Salvador, 12/04/2024 12:55:09