 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HERNIA INGUINAL**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

Se me ha informado de la necesidad de proceder a un tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, patología consistente en la persistencia de un conducto (saco herniario) que comunica la cavidad abdominal y el pubis, y a través del cual puede sobresalir contenido intraabdominal, e incluso el ovario y la trompa uterina. Esta localizada en el lado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El propósito principal de la intervención es cerrar el saco herniario inguinal, y evitar complicaciones (incarceración herniaria). La intervención precisa anestesia general, que será informada por el anestesiólogo. La intervención (herniorrafia inguinal), consiste en separar el conducto herniario de los tejidos vecinos, suturarlo en su base para cerrarlo y extirparlo. No hay ninguna alternativa de tratamiento. La intervención quirúrgica es necesaria para evitar el riesgo de que se estrangule y lesione el intestino y/o el ovario y la trompa. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo medico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada. Las consecuencias de esta intervención serán la aparición de dolor y de un pequeño edema transitorio en la zona de la incisión. La recuperación es buena y pueden volver a su actividad habitual en un plazo corto de tiempo. Las complicaciones de la intervención pueden ser el dolor y vómitos en las primeras horas, hematoma en la zona de la intervención, edema y problemas derivados de la incisión como parestesias, neuralgia, intolerancia a puntos de sutura e hipertrofia de la herida. Son complicaciones mucho menos frecuentes, la repetición de la hernia, y en algunos casos excepcionales puede producirse lesión del ligamento redondo y ptosís de los labios menores. Cabe la posibilidad de que posteriormente aparezca una hernia en el otro lado, pero este dato no justifica la intervención del otro lado, si no hay evidencia de hernia. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas especificas de cada paciente, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_