

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

La operación consiste en la extirpación del apéndice.

Características

La apendicectomía se puede hacer a través de una incisión pequeña (laparotomía de Mc Burney o similares) o por vía laparoscópica, la que permite además una amplia y completa exploración abdominal, eventualmente lavado peritoneal y solo tres incisiones de ½ centímetro. La anestesia será definida por el anestesista (raquídea o general).

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica la apendicectomía tiene riesgos propios de la operación así como los riesgos de la anestesia. He sido informado/a que los riesgos de la operación dependerán de los hallazgos (presencia o no de peritonitis) y podrán verse aumentados en caso de diabetes, hipertensión, cardiopatía u otras enfermedades concomitantes. Dentro de las potenciales complicaciones se encuentran:

- Hemorragia: Como toda operación hay un riesgo, mínimo, de sangramiento post operatorio. Si este fuese importante podría llegar a hacer necesaria una reexploración.
- Infección: Por tratarse de una operación séptica, hay un riesgo relativo mayor de infecciones especialmente de la herida operatoria, que puede hacer necesario drenaje local y tratamiento antibiótico.
- Hernia incisional: Un número bajo de pacientes sometidos a apendicectomía por laparotomía (incisión) pueden desarrollar una hernia en relación a la incisión que haría necesaria una operación correctora.
- Abscesos intraperitoneales: Hay casos en los que a pesar del lavado peritoneal y del drenaje, pueden formarse colecciones (abscesos) que harán necesarias punciones y drenaje.
- Fístula colónica: En raras ocasiones, el muñón del apéndice puede abrirse dando lugar a fístulas del ciego, las que si bien terminan en general cerrando espontáneamente, son causa de postergación de la curación y alta.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **APENDICECTOMÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal