

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Reparar quirúrgicamente un defecto de la pared abdominal en una zona en que se le efectuó una operación previa, y a través de la cual se ha producido una hernia que da salida a contenido del abdomen.

Mediante la operación se pretende reparar este defecto, evitando así su aumento progresivo y el riesgo de estrangulación que obligaría a una operación de urgencia con riesgo mayor.

Características

La operación consiste en reparar el defecto herniario y en la mayoría de los casos, reforzando sus tejidos con una malla. En algunos casos puede resultar necesario reseca un segmento de intestino comprometido en el saco herniario. La anestesia para su operación será definida por el anestesista.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización puede presentarse efectos no deseados comunes a cualquier intervención mayor. Los riesgos de la operación pueden verse aumentados en caso de enfermedades concomitantes como obesidad, diabetes, hipertensión.

Los riesgos propios de la operación de hernia incisional son:

- Hemorragia intra o post operatoria
- Infección de la herida
- Rechazo de la malla
- Reproducción de la hernia
- Obstrucción intestinal

Se me ha pedido poner en conocimiento al médico tratante todos los medicamentos que esté usando en forma habitual, en especial aquellos que pueden alterar la coagulación (aspirina, ecotrin o similares) y los medicamentos antidepresivos o para el tratamiento de la diabetes si fuera el caso.

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 operarme. 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 **HERNIA INCISIONAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal