

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LAPAROSCOPIA-BIOPSIA HEPÁTICA**

Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del representante legal)

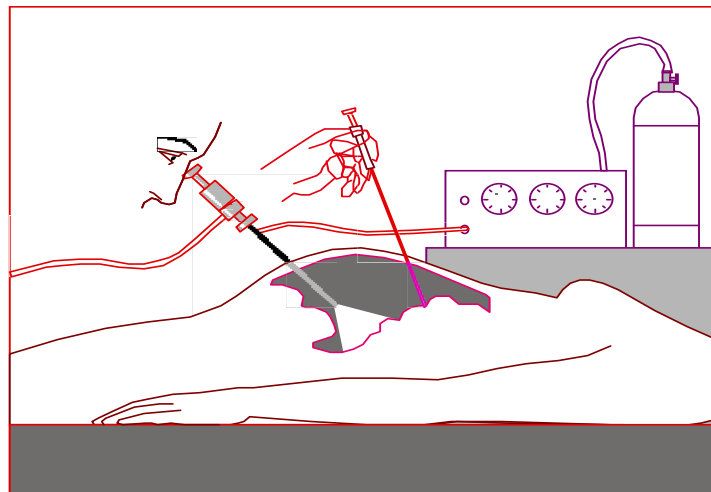
En calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una LAPAROSCOPIA-BIOPSIA HEPÁTICA.

- 1.- Es una técnica que pretende la visualización de la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones en la piel por donde se introducen sistemas de insuflación y visión. En el mismo acto pueden realizarse tomas de tejidos en zonas que queramos estudiar, biopsia hepática, peritoneales, etc. Indicada cuando existan dudas diagnósticas tras la realización de técnicas de imagen o para tomas de biopsias dirigidas.
- 2.- El procedimiento, generalmente precisa sedación o anestesia. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia.
- 3.- Se realizan pequeñas incisiones en la pared abdominal, por donde se introducen trócares que permiten la insuflación de aire en la cavidad abdominal, permitiendo la visión y la toma de muestras de zonas que pretendemos estudiar.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor abdominal, torácico o en hombro derecho, infección, hipotensión, hemorragia, hematomas, hemobilia, mareos, reacción vagal, reacción alérgica, flebitis, enfisema subcutáneo, enfisema de epiplon, fuga de ascitis, perforación, peritonitis, sepsis, punción de órganos y cicatriz abdominal,

o excepcionales, como arritmias y parada cardiaca, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada ..... ) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como .....

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

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 de la exploración. Y en tales condiciones

### CONSIENTO

que se me realice una **LAPAROSCOPIA-BIOPSIA HEPÁTICA**.

En....., a .....

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... , de ....., años de edad  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ..... , y DNI.....  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña ..... , de ....., años de edad  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en ..... , y DNI.....  
(Domicilio del representante legal)

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....., a .....

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado