



¿QUÉ HACER ANTES DE LA CIRUGÍA?

1. Agendar día y hora de la cirugía.
2. Tener firmado el consentimiento informado que le entregó su cirujano/a titulado: *“Consentimiento para Cirugía Ambulatoria Pediátrica”*.
3. Tener la autorización de la cobertura médica para el procedimiento quirúrgico.
4. Tener los resultados o realizar los estudios pre-quirúrgicos solicitados por su cirujano/a.
5. Preparar un bolso pequeño, NO mayor a 55 cm x 40 cm x 20 cm, con los efectos personales imprescindibles.
6. En caso de querer acompañar al paciente en el ingreso a quirófano, deberá concurrir con vestimenta cómoda y calzado cerrado, sin taco.
7. 24 a 48 hs hábiles antes de la cirugía va a recibir un llamado desde IADT para confirmar el turno en el quirófano y revisar el cumplimiento de las indicaciones dadas por su cirujano/a.
8. Deberá realizar ayuno e higiene según lo indicado por su cirujano/a.

¿QUÉ VA A PASAR EL DÍA DE LA CIRUGÍA?

1. Deberá concurrir a Recepción de Cirugía Ambulatoria 60 minutos antes de la cirugía (1º Piso, subiendo por el ascensor N°5 o 6, esquina Marcelo T. de Alvear y Larrea).
2. Allí, para la admisión, le solicitarán:
 - DNI.
 - Credencial de la cobertura médica del paciente.
 - Autorización de la cobertura médica para el procedimiento quirúrgico.
3. Le colocarán una pulsera identificatoria.
4. Le pedirán que firme un consentimiento informado institucional y le entregarán un breve cuestionario pre quirúrgico.
5. Personal de Enfermería lo hará ingresar a un box del área de Cirugía Ambulatoria, donde se les entregará la vestimenta adecuada para el acceso a quirófano.
6. Deberá presentar el consentimiento informado firmado al médico/a cirujano/a.
7. Cuando su cirujano/a lo disponga, el paciente ingresará al quirófano acompañado por un adulto responsable del mismo.
8. El paciente quedará a cargo del equipo quirúrgico, el que completará las indicaciones médicas post quirúrgicas.
9. Al finalizar la cirugía, el/los familiares deberán encontrarse con el paciente a la salida de quirófano.
10. Acompañarán al paciente al sector de recuperación en Pediatría.
11. El paciente será asistido por el personal de Enfermería quien evaluará y controlará su evolución.
12. Cuando el equipo de Pediatría así lo determine, el paciente será dado de alta.

Nombre y apellido de la paciente:		Edad del niño/niña:	
Nombre y apellido del cirujano:		Fecha probable de cirugía:	/ /

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA AMBULATORIA PEDIÁTRICA

Procedimiento/ Cirugía propuesta:

Le he explicado a los adultos responsables del niño/a las opciones terapéuticas apropiadas que están actualmente disponibles. También he aclarado las preocupaciones particulares tenían acerca de este/a procedimiento/cirugía.

Firma del cirujano: _____ Matrícula: _____
 Fecha: _____

Sección para el adulto responsable del niño/a:

- 1) Por favor, lea este formulario atentamente y verifique que la información sea correcta.
- 2) Si Ud. Quiere realizar más preguntas antes del procedimiento o necesita más información, pregúntele al cirujano.
- 3) Firme a continuación si están de acuerdo con seguir adelante con el procedimiento/cirugía programado/a.

Declaración:

Soy el adulto responsable del niño/de la niña.

Estoy de acuerdo con la cirugía/procedimiento propuesto en este documento.

Entiendo que este documento solo presta consentimiento para realizar el procedimiento aquí mencionado y excepto situaciones de emergencia durante el acto operatorio, debo ser consultado ante la necesidad de realizar otros procedimientos no discutidos previamente en este documento.

Firma de los adultos responsables:

_____	_____	__/__/__
Firma	Aclaración y DNI	Fecha
_____	_____	__/__/__
Firma	Aclaración y DNI	Fecha