

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA ABIERTA DE RECTO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente n° historia
Nombre y apellidos del representante legal o persona que autoriza
Nombre y apellidos del médico
Fecha del Consentimiento

Pegatina de Identificación

SOLICITUD DEL DERECHO A LA INFORMACION

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar SI NO
Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a :
.....

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que mediante esta técnica se me va a extirpar total o parcialmente el recto que es la parte final del intestino. Según la distancia de la lesión al ano se podrá o no reconstruir la continuidad del intestino que, en la mayoría de los casos es posible. En las ocasiones en las que haya que extirpar el ano habrá que realizar un ano artificial permanente en el abdomen. En caso de poder suturar el colon, puede ser necesario dejar un ano artificial temporal. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial.

La realización de su procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende extirpar el recto enfermo, evitando las complicaciones del mismo (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En algunos casos podría plantearse la colocación de endoprótesis o la resección a través del ano, pero en su caso pensamos que la mejor opción es la cirugía.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal.

Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia. Alteración de la continencia a gases e incluso a heces. Reproducción de la enfermedad.



Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una reintervención y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGIA

En caso de extirpar el ano las deposiciones se tendrán que hacer a través de un ano artificial situado en el abdomen.

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACION EN RELACION CON LA INTERVENCION?

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el cirujano/a me ha permitido realizar todas las preguntas y observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y por ello DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica.

Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

D. _____

Dr. _____

En caso de incapacidad del paciente o ser éste menor de edad da el consentimiento el tutor o familiar D. _____ DNI

_____ Grado de parentesco _____

FIRMA DEL TUTOR

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He comprendido todo lo anterior perfectamente y a pesar ello NO DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica. Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

D. _____

Dr. _____