

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: CIRUGIA DEL RECTOCELE

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Un rectocele es un abultamiento del recto a la vagina que se da cuando se debilitan y desgarran los tejidos que soportan el recto y la vagina. Esta intervención sirve para fortalecer y reparar los tejidos dañados y evitar que el recto se hernie hacia la vagina eliminando así tanto los síntomas como las molestias locales y el estreñimiento.

CÓMO SE REALIZA

La reparación del rectocele se puede hacer a través de la pared posterior de la vagina, a través del periné o a través del ano. Para la reparación del rectocele puede ser necesario la sutura de los músculos del recto o la colocación de material protésico (malla) entre el recto y la vagina. En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos encontrados durante la operación.

El procedimiento requiere anestesia, ya sea general o locorregional, de cuya elección y riesgos le informará el anestesista. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Disminuirá/desaparecerá el abultamiento que le aparece en la vagina cuando hace esfuerzo para defecar, así como otros síntomas asociados como suelen ser el estreñimiento, dolor, molestias en sus relaciones sexuales, o incluso sangrado.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar que el recto se hernie hacia la vagina, intentando eliminar las molestias locales y el estreñimiento.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que la alternativa terapéutica más eficaz es la cirugía.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia.

Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.

Infección o sangrado de la herida, retención aguda de la orina, inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis), dolor prolongado en la zona de la operación.

• LOS MÁS GRAVES:

Apertura de la herida operatoria, alteración de la sutura de los extremos del intestino por problemas de cicatrización (fístula), sangrado o infección dentro del abdomen, o alrededor del ano, obstrucción intestinal.

Rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse dificultades para mantener relaciones sexuales. Reproducción del rectocele.

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....