

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: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HEMORROIDES (ALMORRANAS)

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

Las hemorroides son dilataciones venosas próximas al ano. Mediante este procedimiento, se extirpan las hemorroides. Esto eliminará las molestias, el dolor, el sangrado y que dichas hemorroides se salgan a través del ano.

CÓMO SE REALIZA

El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

El tratamiento consiste en la extirpación de estos grupos de venas. A veces se tienen que hacer ligaduras o esclerosis de otros grupos de venas más pequeños y accesorios, que no se pueden extirpar.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras extirpar las hemorroides, quedará un defecto de piel y mucosa del ano que requerirá curación y medidas higiénicas durante semanas, hasta su total recuperación y cicatrización. No es previsible que queden efectos indeseables, a largo plazo, tras esta intervención.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La intervención mejorará o hará desaparecer los síntomas como el dolor, aumento de volumen, sangrado por ano y molestias en la defecación.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Alternativamente se puede realizar tratamiento con determinada medicación, que alivia los síntomas pero no elimina las hemorroides. En ocasiones, dependiendo del estado de las hemorroides se puede realizar esclerosis (inyección) con alguna sustancia y la ligadura elástica de la propia hemorroide. También se puede usar procedimientos denominados de desarterialización. Son técnicas menos cruentas pero no siempre se pueden realizar.

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.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves

- Sangrado de la herida
- Infección de la herida.
- Edema (hinchazón) del ano.
- Retención aguda de orina.

- Dolor prolongado en la zona de la operación

• LOS MÁS GRAVES:

- Infección importante del periné. El periné es la zona anatómica situada en los alrededores del ano y genitales
- Incontinencia a gases e incluso a heces.
- Estenosis (estrechez) del ano.
- Reproducción de las hemorroides.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico. Éste 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 tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse 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.....