

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO (EXTIRPACIÓN DE POLIPO EN INTESTINO GRUESO O RECTO)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de 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

Esta intervención sirve para quitarle un pólipo del intestino. Un pólipo es una especie de verruga que crece en la pared del intestino. Su forma recuerda a la campanilla que tenemos en la boca. Habitualmente se quitan haciendo una endoscopia, pero en su caso esto no es posible. Por eso hay que intervenirle. Una vez extirpado el pólipo será analizado para saber de qué tipo es.

CÓMO SE REALIZA

Para hacer esta intervención tendremos que hacer una incisión en el abdomen. Luego abriremos el intestino grueso en la zona donde esté el pólipo, lo quitaremos y después cerraremos con una sutura. A veces no queda más remedio que extirpar un trozo entero del intestino grueso. Si el pólipo está en el recto a veces puede ser quitado desde el ano o por vía posterior abriendo el recto. En cada caso aplicaremos la técnica más adecuada, adaptándonos en cada momento a lo que encontremos al abrir su abdomen.

En ocasiones el estudio del pólipo, que a veces se hace durante la misma intervención (estudio intraoperatorio) puede indicarnos que es mejor quitar un trozo más grande de intestino.

Otras veces es necesario realizar un ano artificial en la pared del abdomen (ostomía). Este ano artificial suele ser temporal y puede cerrarse más adelante.

Con frecuencia es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención se necesite usar sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le dará información y se le pedirá el consentimiento.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El pólipo quitado podrá ser estudiado completamente. Así sabremos si es benigno o maligno. Si es benigno habremos evitado que siguiera creciendo y pudiera volverse maligno.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad

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).
- Aumento del número de deposiciones.
- 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.
- Obstrucción intestinal.
- Trastornos del esfínter del ano (incontinencia), con salida involuntaria de gases o incluso heces.
- Reparación del pólipo.

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, que ha de ser evaluado por los facultativos y conocido 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.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso, su identidad siempre será preservada de forma confidencial

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

Nombre y Apellidos 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.....