

Consentimiento informado para resección segmentaria abierta de colon

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: _____
nº historia: _____
Nombre y apellidos del representante (si procede): _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí ; 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 una incisión en el abdomen, se me va a extirpar la parte del intestino que está enfermo, para posteriormente suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos, y a veces, por cuestiones técnicas, hay que realizar un ano artificial que en la mayoría de los casos es temporal. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía, por los hallazgos intraoperatorios, haya que realizar modificaciones del procedimiento previsto para proporcionarme el tratamiento más adecuado. El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario. La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado de que mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del intestino que está enfermo, evitando las complicaciones derivadas de la enfermedad (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Me han explicado que en mi caso piensan que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para la enfermedad. _____

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 una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

Se le va a resear un segmento más o menos extenso de su intestino grueso en función de su enfermedad
.
..

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

.. . . .
.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

PACIENTE

D./Dª: con DNI:

DECLARO:

- Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (RESECCIÓN SEGMENTARIA ABIERTA DE COLON) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Médico que informa y firma:

Firma del paciente:

Dr/a:

Colegiado nº

Fecha:

Fecha:

REPRESENTANTE

D./Dª, con DNI, en calidad de, a causa de, doy mi CONSENTIMIENTO a que se le realice el procedimiento propuesto.

Fecha:

Firma del representante

REVOCACION/DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dª, con DNI, en calidad de, **REVOCO/DENIEGO (táchese lo que no proceda)** el consentimiento para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

Firma médico:

Firma del paciente/Representante:

Firma testigo:

Nº colegiado:

Fecha: