CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECONTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL POR CIRUGÍA ABIERTA

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

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 este procedimiento se pretende reconstruir la continuidad del tubo digestivo cerrando el ano artificial. Para ello se realizará una incisión alrededor del estoma hasta su completa liberación de la cavidad abdominal así como una incisión abdominal adicional para la disección del extremo distal del intestino a suturar. Una vez expuestos los dos extremos intestinales se unirán mediante sutura. A veces es necesaria la resección de un tramo de intestino si durante la disección este resulta lesionado por estar muy adherido. En caso de hernia incisional puede ser necesaria la colocación de material protésico (malla).
Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, 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.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende reconstruir la continuidad del tubo digestivo para permitir que pueda defecar por el ano.

…….. ……..

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Puede quedarse con el ano artificial pero para cerrar el estoma la única alternativa es la cirugía, aunque la intervención puede realizarse por cirugía abierta……..

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: Íleo paralítico prolongado con retraso en la recuperación de la motilidad intestinal que puede requerir tratamiento con sueros y en ocasiones nutrición parenteral. Infección, sangrado o hematoma de herida quirúrgica. Retención aguda de orina con necesidad de sondaje vesical. Flebitis. Diarrea persistente o alteraciones de la continencia fecal, que habitualmente ceden tras un período de adaptación. Dolor prolongado en la zona de la operación. Dehiscencia cutánea de la laparotomía (apertura de la herida).

Riesgos poco frecuentes y graves: Evisceración o apertura de pared abdominal completa. Absceso intraabdominal o fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura anastomótica. Sangrado intraabdominal. Obstrucción intestinal.
Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), 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 cerrar el ano artificial del abdomen para hacer las deposiciones por el ano……
……

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

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECONTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL POR CIRUGÍA ABIERTA

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(RECONTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL ABIERTA)** 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.
- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA) que: ☐

☐ la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes o de investigación, lo cual no comporta riesgo adicional para mi salud, y que

☐ mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes

- 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.

Firma del médico que informa

Dr/a: ……

Firma del paciente

D./Dª: ……

Colegiado nº ……..

Fecha**:** ……

D./Dª: ……, con DNI: ……

en calidad de …… a causa de …… doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha**:** ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª: ……, con DNI: ……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado 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 del paciente

Firma del representante

Fecha ……