CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL 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 esta técnica se me va a extirpar la totalidad del recto y el ano. Debido a la extirpación del ano habrá que realizar un ano artificial permanente en el abdomen. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle 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 necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.
Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende extirpar el recto enfermo, evitando las complicaciones del mismo (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente.....

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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 abdominal o perineal, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones por el estoma. Dolor prolongado en la zona de la operación. Complicaciones relacionadas con el ano artificial (herniación, irritación cutánea, estenosis, dehiscencia cutánea, etc).

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la herida de laparotomía o perineal (apertura de la herida). Fístula intestinal o urinaria por lesión inadvertida de estructuras vecinas que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero que a veces precisa reintervención. Sangrado o absceso intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una reintervención y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGIA

En caso de extirpar el ano las deposiciones se tendrán que hacer a través de un ano artificial situado en el abdomen

.....

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACION EN RELACION CON LA INTERVENCION?

.....

.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL ABIERTA

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el cirujano/a me ha permitido realizar todas las preguntas y observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y por ello DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica.

- 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

Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

Firma del médico que informa *Firma del paciente*

Dr/a:…… *D./Dª:……..*

Colegiado nº……
Fecha:……..

En caso de incapacidad del paciente o ser éste menor de edad da el consentimiento el tutor o familiar
D……, con DNI……. Grado de parentesco……

FIRMA DEL TUTOR

Revocación del consentimiento

He comprendido todo lo anterior perfectamente y a pesar ello NO DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica. Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

Firma del paciente *Firma del Médico*

D…… *Dr……..*

Fecha……..