CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN/BIOPSIA DE LESIONES PERIANALES

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: ……

INFORMACION GENERAL:

Este documento sirve para que usted, o quien le represente, de su consentimiento para esta intervención y pueda llevarse a cabo. En cualquier momento puede retirar dicho consentimiento. De su revocación, no derivará ninguna consecuencia ni acción adversa respecto de la atención médica que precise.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Presenta una lesión en la región perianal que debe ser extirpada para poder hacer un diagnóstico mediante biopsia y/o que además sirva de tratamiento definitivo. Estas lesiones pueden ser desde lesiones banales hasta tumores malignos. Mediante este procedimiento se extirpará parte o la totalidad de la(s) lesión(es). La herida puede quedar abierta, en cuyo caso tardará semanas en cerrarse; si es factible, se podrá cerrar con puntos.

En la mayoría de los casos, esta cirugía puede realizarse con anestesia local y cirugía menor ambulatoria o en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), en ambos casos siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

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, aunque raro que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante esta técnica, me va a extirpar una o varias lesiones perianales, con intención de aliviar mis síntomas y/o realizar una biopsia para estudio diagnóstico.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Dado que no se sabe con certeza el tipo de lesión que es, la biopsia es la única alternativa que podría permitir un diagnóstico anatomopatológico definitivo, dado que el diagnóstico clínico podría ser menos preciso. Si ya se conoce el diagnóstico, dependiendo del tipo de enfermedad que sea, he valorado junto con el facultativo que me visita que la mejor alternativa es la cirugía.

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**: dolor prolongado, retraso en la cicatrización, si se ha cerrado la herida con puntos podría abrirse, sangrado, supuración, retención aguda de orina.
- **Riesgos menos frecuentes y más graves**: Reproducción de la lesión, estenosis anales postcicatriciales, sobreinfección de la piel perianal.

Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS (POR SU PATOLOGÍA) Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En general no existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y su situación clínica componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente y que pueden hacer desaconsejable el procedimiento.

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

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN/BIOPSIA DE LESIONES PERIANALES

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……..

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (**EXTIRPACIÓN/BIOPSIA DE LESIONES PERIANALES)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones. Por ello tomo consciente y libremente la decisión de autorizarla.
- 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:
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo 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.
- 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: ……
Colegiado nº ……..
Fecha: ……

Firma del paciente

D./Dª: ……..

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: ……

Denegación de la intervención / Rechazo del consentimiento:

D./Dª: ……., con DNI: ……
NO AUTORIZO LA INTERVENCIÓN / REVOCO EL CONSENTIMIENTO. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad que padezco/padece el paciente.

Firma del paciente **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 ……