CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA RECTOANAL

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: ……

INFORMACIÓN 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

El recto es el último segmento del tubo digestivo. El ano es el orificio natural que existe al final del tubo digestivo.

La patología ano-rectal es común y en ocasiones, puede ser necesario la realización de una biopsia rectoanal para el diagnóstico de determinadas enfermedades.

Mediante este procedimiento se pretende extraer un fragmento de tejido del recto o ano para su análisis anatomo-patológico o microbiológico. Tras una adecuada exploración y tacto rectal, se introducirá en el recto un instrumento denominado anuscopio/ rectoscopio, se extirpa un fragmento de tejido para su análisis. De este modo, es posible lograr el diagnóstico de algunas patologías tanto de carácter maligno como de origen inflamatorio o infeccioso.

Este procedimiento puede efectuarse de forma ambulatoria y en la consulta externa. Puede ser necesario, realizar una preparación previa para limpiar la parte final del intestino mediante la administración de un enema en su domicilio.

El procedimiento no requiere anestesia general o loco-regional, siempre que sea adecuadamente tolerado por el paciente. En caso contrario, precisará realizarse con anestesia y en otra sala o quirófano preparado para ello.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento, se pretende llegar al diagnóstico de la enfermedad subyacente que causa la sintomatología referida.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En caso de no estar de acuerdo con esta técnica, intolerancia al procedimiento o imposibilidad en la ejecución de la misma, es posible la realización de la biopsia bajo los efectos de la anestesia en quirófano o mediante la realización de una endoscopia digestiva baja.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Cualquier actuación médica conlleva riesgos. La mayor parte de las veces 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 los conozca.

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**: Disconfort y sangrado en la región biopsiada. Infección de la herida, inflamación y retención aguda de orina.
- **Riesgos poco frecuentes y graves**: Sangrado importante que precise una intervención quirúrgica. La presencia de fístula o sepsis perianal, es posible aunque poco frecuente y puede ser necesaria una exploración quirúrgica.
- **Riesgos derivados de sus problemas de salud:** Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-respiratorias, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

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 DEL TRATAMIENTO: ……

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

……

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……..

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(BIOPSIA RECTOANAL)** 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:
  - **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 ……