CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FÍSTULA DE ANO

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 legal o persona que autoriza Nombre y apellidos del médico

Fecha del Consentimiento

SOLICITUD DEL DERECHO A LA INFORMACION

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar ☐SI ☐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 pretende canalizar el trayecto de la fístula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, extirpación del mismo o colocación de un hilo o goma a través del trayecto. En ocasiones es necesario realizar la reparación de los esfínteres del ano o la colocación de injertos. En fístulas complejas comunicadas con otros órganos se repararán ambos orificios y excepcionalmente es necesario construir un ano artificial. En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

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 eliminar el trayecto y resolver los síntomas (sangrado, dolor, infección, etc) que produce la fístula.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no hay otro procedimiento eficaz para la reparación de la fístula de ano.

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, retención aguda de orina, inflamación del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación. Flebitis

Riesgos poco frecuentes y graves: Infección importante del ano y periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Re producción de la fístula.

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

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 PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

……

……

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGIA

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACION EN RELACION CON LA INTERVENCION?

……

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FÍSTULA DE ANO

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 intervenciónquirúrgica.

- 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 cualquiermomento. FIRMA DEL

PACIENTE *FIRMA DEL MÉDICO*

D…… *Dr……..*

Colegiado nº ……

Fecha:……..

En caso de incapacidad del paciente o ser éste menor de edad da el consentimiento el tutor o familiar D……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……*