CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL

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 absceso perianal es una acumulación de pus cerca del ano y en ocasiones, puede estar en comunicación con el ano a través de un trayecto o fístula. Mediante este procedimiento, se va a drenar el absceso realizando uno o varios orificios al lado del ano. La herida se dejará abierta para curas posteriores. A veces es necesario dejar drenajes para ayudar a curar la herida. 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 de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios. En los casos en los que exista una fístula, puede ser necesario dejar una goma o hacer un corte para seccionarla. Si esto ocurre, es probable que necesite más pruebas y/o cirugías posteriores para un tratamiento definitivo.

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.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Me han informado que, mediante este procedimiento, se va a drenar el absceso con intención de aliviar los síntomas de dolor e inflamación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Aunque el tratamiento antibiótico por sí solo puede conseguir reducir la infección y la inflamación, no garantiza la resolución completa del problema y puede derivar en complicaciones mayores (extensión del absceso, gangrena de fournier…) En caso de que desee curar el absceso, la alternativa más eficaz es el drenaje del mismo.

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, sangrado, supuración persistente a través de la herida, retención aguda de orina.
- **Riesgos menos frecuentes**: Reproducción de la lesión, lesión esfinteriana.

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?:

……

……

……

H**OJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS**:

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal

En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.

D./Dª: …… con DNI: ……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento de **DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL** 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 ……