CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

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 este procedimiento, se me va a extirpar un pólipo localizado en el colon o recto, no subsidiario de tratamiento endoscópico para su completo estudio histológico. Si el pólipo está localizado en el colon será necesario realizar una apertura de esta parte del intestino para resecar la lesión y posteriormente suturarlo. En algunos casos puede ser necesario resecar un segmento del intestino grueso. En caso de que se encuentre localizado en el recto puede abordarse por el ano, si la localización es muy baja, o por vía posterior realizándose entonces una apertura del recto y su posterior cierre mediante sutura. El estudio anatomopatológico intra o postoperatorio puede recomendar una ampliación de la resección o la realización de un ano artificial que en la mayoría de los casos es temporal. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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 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, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar el pólipo evitando su crecimiento y posible degeneración maligna. ……..

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

……..

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: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por fallo en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteración de la continencia a gases e incluso a heces. Reproducción de la enfermedad.

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

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……..

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

……..

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

……..

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, delprocedimiento **(POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO)** 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:

☐ 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 lospacientes

- 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.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre misalud.
- 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 — Firma del paciente

Dr/a: …… D./Dª: ……

Colegiado nº …….. Fecha**:**

……

D./Dª: ……, con DNI: ……

en calidad de …… a causa de ……. doy mi consentimiento a que se le realice el procedimientopropuesto.

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 delrepresentante

Fecha ……