CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTO DEL PROLAPSO DE 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: ……

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

La reparación del prolapso se hará por vía abdominal o transanal. Consiste en recolocar el recto en su situación habitual intentando eliminar los síntomas como molestias locales, incontinencia, dificultad para realizar deposición e incluso sangrado

Puede ser necesario la resección intestinal o la fijación del intestino con material protésico (“malla”) o la sutura de los músculos del periné, así mismo puede ser necesaria 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 con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado. El procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el anestesista.

La realización de mi procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario siempre preservando mi identidad.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento, se pretende recolocar el recto en su situación habitual intentando eliminar la sintomatología producida por su prolapso.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No existe una alternativa terapéutica médica eficaz para corregir el prolapso de recto.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones, tanto las comunes derivadas de toda intervención como otras específicas del procedimiento.

- **Riesgos frecuentes y poco grave**: Retención aguda de orina, infección, dolor o sangrado de las heridas o de las vías.
- **Riesgos graves y poco frecuentes**: Sangrado o infección intraabdominal. Rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis (estrechamiento) e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse alteraciones sexuales llegando incluso a la impotencia. Reproducción del prolapso de recto.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, 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 CIRUGÍA ABIERTO DEL PROLAPSO DE RECTO

HOJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS:

D./Dª:…… con DNI:……..……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el cirujano/a, del procedimiento **(CIRUGÍA ABIERTA DEL PROLAPSO DE 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:
  - **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 ……