CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE COLON CON COLOSTOMÍA TIPO HARTMANN

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 esta técnica se me va a extirpar parte del intestino grueso distal, así como parte del recto según necesidad, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios. No se suturará de nuevo el intestino, manteniendo el tránsito intestinal a través de un ano artificial que se confeccionará en la pared abdominal, en la mayor parte de los casos temporal. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
Puede ser necesaria la realización de una preparación previa para limpiar el intestino.

Cabe la posibilidad de realizar la intervención mediante laparoscopia que consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria 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 la parte del intestino que está enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, perforación, obstrucción, fístula...) que precisarían intervención urgente……..
……..

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable……..
……..

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso, debido a sus enfermedades de base así como estado actual, consideramos que esta es la alternativa más eficaz para el 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. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Complicaciones a nivel del ano artificial con dehiscencia cutánea, hundimiento, estenosis cutánea o irritación de la piel circundante, en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico local, pero que a veces precisa intervención quirúrgica para reconfeccionar el ano artificial o reconstruir el tránsito intestinal de manera habitual. Sangrado o absceso intraabdominal. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia. Reproducción de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa, herniación intestinal a través de los puertos de entrada y neumotórax.

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:

Se le va a resecar un segmento más o menos extenso de su intestino grueso en función de su enfermedad……..
……

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

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE COLON CON COLOSTOMÍA TIPO HARTMANN

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(RESECCIÓN DE COLON TIPO HARTMANN)** 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 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.
- 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 mi salud.
- 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: ……

Firma del paciente

D./Dª: ……

Colegiado nº ……..

Fecha**:** ……

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**:** ……

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 ……