

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de la Fístula Perianal

FL-CDM-05

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el trayecto fistuloso por el que se contaminan los tejidos perineales en los que se producen los abscesos.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LA FISTULA PERIANAL.

Mediante esta técnica se canalizará el trayecto de la fistula y se tratara mediante su sección y puesta a plano, extirpación del mismo o colocación de un hilo a través del trayecto. Puede ser necesario realizar la reparación de los esfínteres o colocación de injertos, y en fistulas complejas comunicadas con otros órganos se repararán ambos orificios y, excepcionalmente, es necesario el empleo de un ano artificial. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA FISTULA PERIANAL.

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: sangrado e infección de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, inflamación del ano, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes o graves: infección importante del ano y perine, incontinencia a gases e incluso a heces, estenosis de ano, reproducción de la fístula, sepsis.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.,) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


En su caso no existe una alternativa eficaz al tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Cirugía de la Fístula Perianal</p>	<p>FL-CDM-05</p> <hr/> <p>Rev. 03</p>
---	---	---------------------------------------

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CIRUGÍA DE LA FÍSTULA PERIANAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DE LA FÍSTULA PERIANAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIRUGÍA DE LA FÍSTULA PERIANAL** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____