


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía del Quiste Pilonidal o Sacrocoxígeo	FL-CDM-08
		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 extirpar el quiste desarrollado en la zona sacrocoxígea y solucionar sus síntomas.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DEL QUISTE PILONIDAL O SACROCOXÍGEO

Resección del quiste y de todos sus trayectos fistulosos.

Posteriormente, se cerrará o se dejara abierto para curar por segunda intercepción, según el estado en que se encuentre, con la intención de disminuir el riesgo de infección o reproducción.

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 DEL QUISTE PILONIDAL O SACROCOXÍGEO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones o 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: infección, sangrado de la herida; retención aguda de orina, hematoma, dolor prolongado en la zona de la operación, retardo en la cicatrización por segunda intención.
- Poco frecuentes o graves: reproducción del quiste.
- 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 generalmente 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 existen otros procedimientos eficaces por los que se pueda intentar eliminar el quiste pilonidal.

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

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía del Quiste Pilonidal o Sacrocoxígeo	FL-CDM-08
		Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que 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 DEL QUISTE PILONIDAL O SACROCOXÍGEO**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DEL QUISTE PILONIDAL O SACROCOXÍGEO**.

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 DEL QUISTE PILONIDAL O SACROCOXÍGEO**, 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 _____

REVOCAACION

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 _____