

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARA RESECCIÓN DE NEOPLASIA RECTAL POR VÍA ENDOANAL (EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN EN RECTO A TRAVÉS DEL AÑO)

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### LO QUE USTED DEBE SABER

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en quitar un tumor de la parte final del intestino grueso (recto) a través del ano.

### CÓMO SE REALIZA

Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino grueso. Se accede a través de una valva, para poder llegar a la zona a intervenir. Una vez allí se extirpa el tumor.

En ocasiones en que no es posible reseca el tumor por vía transanal se debe programar otra cirugía que sería una Resección anterior de recto o una resección abdominoperineal (Miles) con o sin ostomía.

Más adelante, pasado un tiempo, después del estudio definitivo del tumor puede ser necesaria una nueva operación para volver a completar la extirpación, si queremos tener mayor seguridad en los resultados.

El procedimiento requiere anestesia raquídea o general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Dependen del tipo de intervención que finalmente se haga. La extirpación simple del tumor a través del ano puede producirle molestias transitorias al defecar.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Al quitar el tumor disminuirán o desaparecerán los síntomas que le produce, como dolor o sangrado. Además, evitaremos que se extienda la enfermedad. Además, se conocerá la naturaleza de su enfermedad (biopsia).

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Pueden existir tratamientos locales para algunos tumores parecidos al suyo. Pero en su caso consideramos que la cirugía es el mejor tratamiento posible. El principal motivo de esta intervención es conocer la histología (biopsia de la lesión).

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.

- Infección o sangrado de la herida de la operación.
- Retraso de la cicatrización.
- Inflamación de las venas por donde se ponen los sueros (flebitis).
- Aumento del número de deposiciones

- LOS MÁS GRAVES:
  - Apertura de la herida operatoria (Dehiscencia).
  - Alteración de la continencia a gases e incluso a heces.
  - Retención de orina

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

#### OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Médico