

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN 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 DRENAJE ABSCESO PERIANAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de 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.

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El drenaje de absceso anorrectal es una intervención que sirve para vaciar líquido, generalmente pus u otro líquido infectado, de una cavidad, en este caso perianal.

CÓMO SE REALIZA

Una vez anestesiado el paciente, se realiza una incisión en la zona perianal, para lograr la salida de líquido (pus). El paciente queda con una cavidad, o más de una (dependiendo del tipo de absceso perianal) Que cicatriza en un periodo variable de 2 semanas a 2 meses.

Puede ser necesario dejar un drenaje en la zona, para permitir que continúe drenando o un elástico. El que será retirado por su médico o personal de salud (enfermera) en controles posteriores de acuerdo con su evolución.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Puede notar molestias, sobre todo en la fase inicial del proceso y dolor en la zona perianal, que cederá con la analgesia administrada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El drenaje permite evacuar el líquido. Esto produce una mejoría de la clínica local (dolor) y del riesgo de complicaciones por la acumulación de pus.

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.

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.

– LOS MÁS FRECUENTES:

Los más frecuentes son el dolor en el lugar de la cirugía, sangrado escaso de la zona, retención urinaria en las primeras horas posterior a su cirugía.

– LOS MÁS GRAVES:

Se puede pinchar un vaso sanguíneo (arteria o vena), que, si sangra mucho, y de manera excepcional, podrá requerir tratamiento en pabellón.

• A MEDIANO Y LARGO PLAZO:

Entre un 4 a 30% de los pacientes pueden tener recurrencia de un absceso perianal en la misma zona u otra. Que va a requerir tratamiento similar al efectuado en este episodio.

Lo anterior puede ser causado por la formación de una fistula perianal, que es una comunicación entre el recto y la zona perianal que persiste en el tiempo, lo que deberá ser estudiado por su médico tratante u otro profesional médico.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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 de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

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

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo 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 o Apoderado

Firma Médico