

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 DE ABSCESOS DE TEJIDOS BLANDOS.....

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.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en tratar la infección (absceso) en el lugar del cuerpo donde se encuentre cortando (incisión) la zona y extrayendo del pus.

CÓMO SE REALIZA

Habitualmente es una intervención que se realiza con anestesia local. A veces, en función del tamaño, profundidad y localización del absceso, puede requerir anestesia general o zonal. Se hace una incisión sobre la zona más blanda del absceso, se drena el pus y se limpia la cavidad infectada.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La salida del pus provoca una mejoría de los síntomas con disminución de la tensión y del dolor.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Al drenar el absceso se evitarán las complicaciones derivadas de la extensión de la infección.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

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.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Sangrado de la herida
- Inflamación de las venas (flebitis).
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

LOS MÁS GRAVES:

- Reproducción del absceso.
- Persistencia de la infección o extensión de la misma (sepsis).
- Reacción alérgica grave a los anestésicos locales, que podría llegar a producir un shock potencialmente grave y que requeriría atención médica urgente.
- Otras posibles complicaciones graves dependen del lugar de localización del absceso. Por ejemplo, si el absceso estuviera localizado en la zona perianal podría producirse alteración de la continencia de gases e incluso de las heces.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

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 conocido 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 la misma 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