

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN MENOR BAJO ANESTESIA GENERAL:

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

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la lesión si es posible y la realización posterior de un estudio histológico de la misma, si corresponde. En caso de que la extirpación completa no sea posible se obtendrá una muestra de tejido para determinar su naturaleza.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general; lo que significa que usted estará dormido durante el procedimiento; los detalles sobre la anestesia serán informados por su anesthesiólogo antes del procedimiento cuyo tipo y riesgos le serán informados por el Servicio de Anestesia tras la valoración oportuna por su parte.

Es posible que, durante la cirugía, haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Al extirpar la lesión desaparecerán o mejorarán los síntomas que provoca.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La extirpación de la lesión tiene un doble objetivo: Evitar complicaciones de la misma, como ulceración, sangrado, dolor o diseminación de la enfermedad y permitir un estudio microscópico de la misma que determine su naturaleza y permita un tratamiento complementario en caso de que sea necesario

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.

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:

Suelen ser poco graves

- Infección o sangrado de la herida.
- Retención aguda de orina
- Inflamación de las venas (flebitis).
- Aumento del número de deposiciones.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

• LOS MÁS GRAVES:

Este procedimiento no tiene riesgos específicos graves, salvo los inherentes a cualquier intervención quirúrgica con anestesia general y que le comentará el anesthesiólogo.

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 asumido por el paciente. Esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc., lo cual será evaluado por su médico tratante

OTRAS SITUACIONES 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.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....