

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE LA FISURA ANAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	<p>El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se me va a seccionar (cortar) una parte del esfínter anal o realizar una dilatación del mismo, para que posteriormente cicatrice la fisura. A veces esta patología se asocia a hemorroides o pólipos y se puede intentar solucionar todos esos problemas en la misma operación.</p> <p>En casos seleccionados, esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.</p> <p>Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.</p>
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	<p>El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende resolver los síntomas (sangrado, dolor, etc.) y permitir que cicatrice la fisura de ano.</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>En su caso pensamos que no parece probable que pueda mejorar con medicamentos, siendo la cirugía la alternativa más eficaz para el tratamiento de su fisura de ano.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	<p>Ninguna</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	<p>Ninguna</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.</p> <p>Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Infección o sangrado de la herida.2. Retención aguda de orina.3. Edema del ano.4. Dolor prolongado en la zona de la operación.
RIESGOS POCO FRECUENTES	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Infección importante del periné.2. Incontinencia a gases e incluso a heces.3. Estenosis de ano.4. Reproducción de la fisura de ano <p>Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.</p>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	<p>Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE LA FISURA ANAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE FISURA ANAL**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE FISURA ANAL**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO