

Consentimiento informado para Fístula Anal

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se pretende canalizar el trayecto de la fistula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, extirpación del mismo o colocación de un hilo o goma a través del trayecto. En ocasiones es necesario realizar la reparación de los esfínteres del ano o la colocación de injertos. En fistulas complejas comunicadas con otros órganos se repararán ambos orificios y, excepcionalmente, es necesario construir un ano artificial. En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado de que mediante este procedimiento se pretende eliminar el trayecto y resolver los síntomas (sangrado, dolor, infección, etc.) que produce la fístula.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no hay otro procedimiento eficaz para la reparación de la fistula de ano.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, inflamación del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación. Flebitis.

Riesgos poco frecuentes y graves: infección importante del ano y periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción de la fistula.

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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a:

Colegiado nº Fecha:

Firma del paciente

D/Dª:

Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2
28006 Madrid
Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

/CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php