

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Con este procedimiento quirúrgico se pretende eliminar el trayecto por el que se contaminan los tejidos perianales en los que se producen los abscesos.

Características

Mediante esta técnica se canalizará el trayecto de la fístula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, la extirpación de la misma. El médico me ha advertido que puede ser necesario realizar la reparación de los esfínteres, y que en fístulas complejas comunicadas con otros órganos excepcionalmente puede ser necesaria una colostomía.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- Sangrado e infección de la herida quirúrgica
- Retención aguda de orina
- Inflamación del ano
- Dolor prolongado en la zona de la operación
- Infección importante del ano y periné
- Incontinencia a gases e incluso a heces
- Estenosis del ano
- Reproducción de la fístula

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia y que por mi situación vital actual (diabetes, hipertensión, etc.) que puedan aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones. El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA FÍSTULA ANAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal