

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Extirpar las dilataciones venosas próximas al ano (hemorroides) que son la causa de las molestias.

Características

El tratamiento consiste en la extirpación de estos grupos de venas, aunque a veces se acompaña de ligaduras o esclerosis de otros grupos más pequeños accesorios que no se pueden extirpar.

El médico me ha advertido que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia regional (raquídea).

Riesgos

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 como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Sangrado e infección de la herida, edema del ano, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Infección importante del periné, incontinencia a gases e incluso a heces, estenosis de ano.

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

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que alternativamente se puede realizar tratamiento con medicamentos, pero en mi caso la persistencia de los síntomas indica que es poco probable que se puedan resolver sin intervención quirúrgica.

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 **HEMORROIDECTOMÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal