

Consentimiento Informado POLIPECTOMÍA COLON O RECTO

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Mediante este procedimiento se me va a extirpar un pólipo localizado en el colon o recto no subsidiario de tratamiento endoscópico para su completo estudio histológico, evitando su crecimiento y posible degeneración maligna, con afectación a tejidos circundantes o a distancia.

Características

Si el pólipo está localizado en el colon será necesario realizar una apertura de esta parte del intestino para reseca la lesión y posteriormente suturarlo y que en caso de que se encuentre localizado en el recto puede abordarse por el ano, si la localización es muy baja, o por vía posterior realizándose entonces una apertura del recto y su posterior cierre mediante sutura.

El estudio anatomopatológico intra o postoperatorio puede recomendar una intervención quirúrgica para ampliación de la resección o la realización de un ano artificial (colostomía). El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia.

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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de herida quirúrgica
- Retención aguda de orina
- Dolor prolongado en la zona de la operación

Poco frecuentes y graves:

- Infección o sangrado intrabdominal
- Fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura
- Alteración de la continencia a gases e incluso a heces

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

El médico me ha indicado la necesidad advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia y que por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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 **POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal