

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 intentar recolocar el recto en su situación habitual intentando eliminar la sintomatología como molestias locales, incontinencia e incluso sangrado.

Características

La reparación del prolapso puede hacerse por vía abdominal o a través del ano y que puede ser necesario la resección intestinal, la fijación del intestino con material protésico o la sutura de los músculos del recto con extirpación de una porción de la mucosa.

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 y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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 y sangrado de herida quirúrgica, retención aguda de orina.

Graves y poco frecuentes: según la técnica utilizada puede producirse infección intra abdominal o alrededor del ano, rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fistula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse alteraciones sexuales llegando incluso a la impotencia. Así también una reproducción de la enfermedad.

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

El médico 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 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 **CIRUGÍA DE PROLAPSO RECTAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal