

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

ETIQUETA CON LOS
DATOS DEL PACIENTE

NºHistoria _____
D./Dña.: _____
de _____ años de edad, con domicilio
en _____
y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ años de edad, con
Domicilio en _____ y D.N.I. nº _____ en calidad de
_____ de _____

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar tratamiento quirúrgico de la **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA**, que padezco.

1.- Mediante este procedimiento se pretende detener la hemorragia que sufro y que está causada por sangrado en algún lugar del tramo distal de mi aparato digestivo (intestino delgado, colon y/o recto).

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- La técnica que se me va a realizar puede variar en dependencia de la causa que provoca la hemorragia y de otras circunstancias (enfermedades previas, situación actual del enfermo, etc...).

Las causas que pueden provocar una hemorragia digestiva baja son diversas (malformaciones vasculares, tumores, úlceras, enfermedades inflamatorias, etc...). El objetivo principal del médico es cohibir la hemorragia, para lo cual puede ser necesario extirpar algún segmento de intestino y posteriormente anastomosar o empalmar los extremos para asegurar el tránsito intestinal. Ante determinadas circunstancias no es aconsejable realizar este empalme en el mismo acto quirúrgico, siendo necesario la fabricación de un estoma o ano artificial con el intestino delgado (enterostomía) o con el colon (colostomía) durante un tiempo y restablecer la continuidad del intestino en una segunda intervención. En algún caso este estoma creado (enterostomía o colostomía) será definitivo.

4.- 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; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales o definitivos de las digestiones, dolor en la zona de la intervención, o poco frecuentes y graves: Sangrado e infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Fístulas por defecto de la cicatrización. Hernias de la pared abdominal, Nueva hemorragia digestiva, Etc... 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 de mortalidad.

5.- 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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como _____

6.- El médico me ha explicado que en mi situación no considera oportuno intentar o continuar un tratamiento conservador ya que, aunque en algunos casos la hemorragia puede detenerse mediante tratamiento médico o endoscopia, en mi caso han fracasado estas medidas o no se considera conveniente su aplicación, por el riesgo que supone, siendo la cirugía la mejor opción.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

.....Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.**

En Teruel, a ____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº. _____ en calidad de

_____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento

En Teruel, a ____ de _____ de _____

Fdo. El/la Médico

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado