

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-03

Cierre del Estómago (Colostomía)

REv.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la restauración de la continuidad del tubo digestivo con el fin de permitir que pueda defecar normalmente.

CARACTERÍSTICAS DEL CIERRE DE ESTOMAGO (COLOSTOMÍA) (En qué consiste)

Restaurar la continuidad del intestino cerrándose el ano artificial. Para ello se realizará una incisión alrededor de este y si el resto del intestino estaba previamente separado del ano artificial habrá que hacer una incisión abdominal. Una vez expuestos los dos extremos intestinales se unirán mediante sutura. A veces para el cierre del orificio del ano artificial es necesaria la colocación de material protésico.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DEL CIERRE DE ESTOMAGO (COLOSTOMÍA)

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 y sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retención aguda de orina, diarrea, alteraciones de la continencia fecal que habitualmente ceden tras un periodo de adaptación, retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, que puede requerir tratamiento prolongado con sueros, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: infección intraabdominal, fístula intestinal por falla en la cicatrización de la sutura, hemorragia, obstrucción intestinal, hernia incisional. 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 bajo de mortalidad.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

De momento no hay otra alternativa de tratamiento.

Con esta operación se consigue la total recuperación del paciente.

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

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-03

Cierre del Estómago (Colostomía)

REv.04

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Cierre del Estómago (Colostomía)**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Cierre del Estómago (Colostomía)**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un Cierre del Estómago (Colostomía) asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y AUTORIZO a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)