

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cierre del Estoma (Colostomía)	FL-CDM-03
		Rev. 03

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTIGO DE L PACIENTE: _____

OBJETIVO

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

EN QUE CONSISTE EL CIERRE DEL ESTOMA (COLOSTOMÍA)

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 DEL CIERRE DEL ESTOMA (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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cierre del Estoma (Colostomía)	FL-CDM-03
		Rev. 03

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 nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Docto/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder a mi situación a un **CIERRE DEL ESTOMAGO (COLOSTOMIA)**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **CIERRE DEL DEL ESTOMAGO (COLOSTOMIA)**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de 20____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIERRE DEL ESTOMAGO (COLOSTOMIA)** 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

En calidad de _____ de _____

(Representante Legal o Familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

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

En el Hospital Clínico de Viña del Mar, a _____ de _____ de 20____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____