



Consentimiento Informado Para  
Polipectomía De Colon O Recto

## **Consentimiento Informado Para Polipectomía De Colon O Recto**

## Consentimiento Informado Para Polipectomía De Colon O Recto

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO.**

## INFORMACION

El cirujano/a me ha explicado, que 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.

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. En algunos casos puede ser necesario reseca un segmento del intestino grueso. 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 ampliación de la resección o la realización de un ano artificial que en la mayoría de los casos es temporal. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende extirpar el pólipo evitando su crecimiento y posible degeneración maligna.

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, que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por fallo en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteración de la continencia a gases e incluso a heces. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

**Riesgos personalizados y otras circunstancias:**

.....

**Consecuencias de la cirugía:**

.....

He sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (Polipectomía De Colon O Recto) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.

Conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

He leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico. Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En .....(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....