



Consentimiento Informado De
Cirugía Para Cierre De Fístula Uretral

Consentimiento Informado De Cirugía Para Cierre De Fístula Uretral

Consentimiento Informado De Cirugía Para Cierre De Fístula Uretral

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente, en la situación de mi hijo/hija, realizar el procedimiento quirúrgico de **CIERRE DE FÍSTULA URETRAL**.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende obtener una mejora de la calidad miccional y suprimir la sonda vesical (si fuese portador de ella).

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la **administración de anestesia** de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia y hematología.

La técnica quirúrgica a emplear depende de varios factores, como la localización del orificio, la existencia de una única fístula o de fístulas múltiples, el estado de los tejidos circundantes y la posible necesidad de corregir algún otro elemento anatómico anómalo del pene. Por eso puede ir desde un cierre simple en varios planos a una rotación de colgajos o a una cirugía en dos tiempos, uno de puesta a plano y otro posterior de reconstrucción.

También sé que sobre todo si la fístula es compleja, cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado, incluyendo dejar una sonda durante algunos días.

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, como reaparición de la fístula, que se ha constatado globalmente en el 50% de los casos, infección, inflamación, o discreto sangrado y dolor o dificultad miccional post-operatoria, incurvación del pene con la erección.

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

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha explicado 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.

La situación vital de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa terapéutica eficaz para realizar el cierre de la fístula.



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.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **CIERRE DE FÍSTULA URETRAL.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(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).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).