



Consentimiento informado para  
cirugía del Rectocele

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Del Rectocele**

## Consentimiento Informado Para Cirugía Del Rectocele

---

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 para la  
**CIRUGÍA DEL RECTOCELE.**

## INFORMACION

Mediante este procedimiento, se va a intentar evitar que el recto se hernie hacia la vagina y eliminar los síntomas como molestias locales y estreñimiento. La reparación del Rectocele se puede hacer a través de la pared posterior de la vagina, a través del periné o a través del ano. Para la reparación del Rectocele puede ser necesario la sutura de los músculos del recto o la colocación de material protésico (malla) entre el recto y la vagina. En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento cabe la posibilidad de que haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anesestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario 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 evitar que el recto se hernie hacia la vagina, intentando eliminar su sintomatología como molestias locales y estreñimiento.

En su caso pensamos que no existe otra alternativa terapéutica eficaz para corregir el Rectocele.

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. Dolor prolongado en la zona de la operación. Flebitis.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Según la técnica utilizada puede producirse infección alrededor del ano, rechazo del material protésico que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces, dificultad para mantener relaciones sexuales. Reproducción del Rectocele.

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.

El médico me ha informado con antelación y de forma satisfactoria, del procedimiento (Cirugía Del Rectocele) 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.

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

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**RECTOCELE.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

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

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(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).