

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIANÓSTICO
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO (EXTIRPACIÓN DEL POLIPO EN INTESTINO GRUESO O RECTO)
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</p> <p>Esta intervención sirve para quitar el un pólipo del intestino. Un pólipo es una especie de verruga que crece en la pared del intestino. Su forma recuerda a la campanilla que tenemos en la boca.</p> <p>Habitualmente se quitan haciendo una endoscopia, pero en su caso esto no es posible. Por eso hay que intervenirle. Una vez extirpado el pólipo será analizado para saber de qué tipo es.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA:</p> <p>Para hacer esta intervención tendremos que hacer una incisión en el abdomen. Luego abriremos el intestino grueso en la zona donde esté el pólipo, lo quitaremos y después cerraremos con una sutura.</p> <p>A veces no queda más remedio que extirpar un trozo entero del intestino grueso. Si el pólipo está en el recto, a veces puede ser quitado desde el ano o por vía posterior abriendo el recto. En cada caso, aplicaremos la técnica más adecuada, adaptándonos en cada momento a lo que encontremos al abrir su abdomen.</p> <p>En ocasiones el estudio del pólipo, que a veces se hace durante la misma intervención (estudio intraoperatorio), puede indicarnos que es mejor quitar un trozo más grande de intestino.</p> <p>Otras veces es necesario realizar un ano artificial en la pared del abdomen (ostomía). Este ano artificial suele ser temporal y puede cerrarse más adelante.</p> <p>Con frecuencia es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.</p> <p>El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención se necesite usar sangre y/o productos derivados de la misma.</p> <p>Para todo ello, se le dará información y se le pedirá el consentimiento.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p> <p>El pólipo quitado podrá ser estudiado completamente. Así sabremos si es benigno o maligno. Si es benigno habremos evitado que siguiera creciendo y pudiera volverse maligno.</p>	
<p>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</p> <p>En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.</p> <p>En su caso:</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
QUÉ RIESGOS TIENE Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces, los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. <ul style="list-style-type: none">• LOS MÁS FRECUENTES: Suelen ser poco graves.<ul style="list-style-type: none">– Infección o sangrado de la herida.– Retención aguda de la orina.– Inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis).– Aumento del número de deposiciones.– Dolor prolongado en la zona de la operación.• LOS MÁS GRAVES:<ul style="list-style-type: none">– Apertura de la herida operatoria.– Alteración de la sutura de los extremos del intestino por problemas de cicatrización (fístula).– Sangrado o infección dentro del abdomen.– Obstrucción intestinal.– Trastornos del esfínter del ano (incontinencia), con salida involuntaria de gases o incluso heces.– Reparición del pólipo. LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:	
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. El cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemia, etc.	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la mismo no contempladas inicialmente. - A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión).

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
--	-------------------------------------

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

