

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

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 | | SERVICIO DE |
| 1 | DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)CIRUGÍA DEL RECTOCELE | |
| <p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted 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. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p>Diganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p> | | |
| 1.1 | LO QUE USTED DEBE SABER: | |
| EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: | | |
| <p>Un rectocele es un abultamiento del recto a la vagina que se da cuando se debilitan y desgarran los tejidos que soportan el recto y la vagina. Esta intervención sirve para fortalecer y reparar los tejidos dañados y evitar que el recto se hernie hacia la vagina eliminando así tanto los síntomas como las molestias locales y el estreñimiento.</p> | | |
| CÓMO SE REALIZA: | | |
| <p>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.</p> <p>Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos encontrados durante la operación.</p> <p>El procedimiento requiere anestesia, ya sea general o locorregional, de cuya elección y riesgos le informará el anestesista. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.</p> | | |
| QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: | | |
| <p>Disminuirá/desaparecerá el abultamiento que le aparece en la vagina cuando hace esfuerzo para defecar, así como otros síntomas asociados como suelen ser el estreñimiento, dolor, molestias en sus relaciones sexuales, o incluso sangrado.</p> | | |



| |
|---|
| |
| EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar que el recto se hernie hacia la vagina, intentando eliminar las molestias locales y el estreñimiento. |
| OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: En su caso pensamos que la alternativa terapéutica más eficaz es la cirugía. |

001530

| CENTRO SANITARIO | SERVICIO DE |
|--|--------------------|
| <p>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.</p> <p>Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: Suelen ser poco graves. Infección o sangrado de la herida, retención aguda de la orina, inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis), diabetes que requerirá insulina o antidiabéticos orales, dolor prolongado en la zona de la operación. • LOS MÁS GRAVES: 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, o alrededor del ano, obstrucción intestinal. Rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse dificultades para mantener relaciones sexuales. Reproducción del rectocele. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: | |
| <p>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. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.</p> | |
| <p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</p> | |
| <p>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</p> | |

001530

intervención y utilizar variantes de la misma 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 usaran 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 videos. 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 su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

| | |
|--|--------------------|
| CENTRO SANITARIO | SERVICIO DE |
| <p>1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS</p> <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> | |

| | | |
|---|--|--------------------|
| CENTRO SANITARIO | | SERVICIO DE |
| 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 |

| | | |
|--|-----------------------|--------------------|
| 2.3 | CONSENTIMIENTO | |
| <p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a 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.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p> | | |
| CENTRO SANITARIO | | SERVICIO DE |

001530

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|-----------------------------------|
| 2.4 | RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN |
| <p>Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p> <p style="text-align: center;">En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p> | |

| | |
|---|--------------------------------------|
| 2.5 | REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO |
| <p>Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p> <p style="text-align: center;">En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p> | |

001530