

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el trayecto por el cual se contaminan los tejidos perianales en los que se producen los abscesos.

Características

Mediante esta técnica se canaliza el trayecto de la fístula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, extirpación del mismo o colocación de un hilo a través del trayecto. El médico me ha advertido que puede ser necesario realizar la reparación de los esfínteres o colocación de injertos y que en fístulas complejas comunicadas con otros órganos se repararán ambos orificios y excepcionalmente es necesario el empleo de un ano artificial.

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

Riesgos

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:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retención aguda de orina, inflamación del ano, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Infección importante del ano y periné, incontinencia a gases e incluso a heces, estenosis del ano, reproducción de fístula.

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento de **FÍSTULA ANAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal