

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

Extirpar las dilataciones venosas próximas al ano (hemorroides) que son la causa de las molestias.

Características

El tratamiento consiste en la extirpación de estos grupos de venas, aunque a veces se acompaña de ligaduras o esclerosis de otros grupos más pequeños accesorios que no se pueden extirpar.

El médico me ha advertido que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado y que el procedimiento requiere la administración de anestesia regional (raquídea).

Se me ha indicado 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 que pueda aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Riesgos

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 como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Sangrado e infección de la herida, edema del ano, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

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

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 **HEMORROIDECTOMÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal