

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, extirpar el quiste pilonidal y solucionar sus síntomas.

Características

El tratamiento consiste en la extirpación del quiste y de sus trayectos fistulosos. Posteriormente se cerrará o se dejará abierto con curaciones, con la intención de disminuir el riesgo de infección y recidiva. Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y que el procedimiento requiere la administración de anestesia.

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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

Estos pueden ser:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

Pocos frecuentes y graves: Shock anafiláctico y/o hemodinámica, sepsis.

Específicos de la cirugía: Infección y/o hematoma de las heridas operatorias, demora en el cierre completo de la zona operatoria o recidiva de la lesión.

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 **QUISTE PILONIDAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal