

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

#### Objetivo

Mediante este procedimiento se pretende, extirpar el quiste pilonidal y solucionar sus síntomas.

#### Características

Una vez validada la información con especialista: un quiste pilonidal es una cavidad anormal en la piel que, generalmente, contiene vello y partículas cutáneas. En la mayoría de los casos, se encuentra cerca del coxis, en la parte superior del surco de los glúteos.

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 intraoperatorios, tales como la resección a otros órganos y/o modificaciones del procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su análisis histopatológico).

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

También me ha explicado que si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

#### 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. Recidiva de la lesión

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico y/o rehabilitación, sin embargo, existe la posibilidad de requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.

También me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Excepcionalmente, en pacientes menores de edad que presenten prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas, podría aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **QUISTE PILONIDAL INFANTIL**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal