

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

Drenar absceso anorrectal, que es una acumulación de pus en la zona del ano y el recto.

Características

La cirugía se hace utilizando anestesia local para adormecer la zona, junto con sedación consciente. También puede utilizarse anestesia epidural o general.

El cirujano abrirá el absceso y drenará el pus. Si la acumulación de pus es profunda, es posible que necesite permanecer hasta que el absceso se haya drenado por completo.

Posterior a la realización de la cirugía y a la recuperación anestésica, necesitará baños de asiento tibios (sentarse en una tina con agua tibia). Esto ayuda a aliviar el dolor, reducir la inflamación y hace que el absceso sea más fácil de drenar.

Riesgos

Las complicaciones de un absceso anorrectal pueden incluir:

- Fístula anal (una conexión anormal entre el ano y otra estructura)
- Infección que se extiende a la sangre (sepsis)
- Dolor continuo
- Reparación de los problemas (recurrencia)
- Cicatrices

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 **ABSCESO ANORECTAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal