

Consentimiento Informado QUISTE PILONIDAL INFANTIL

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

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.

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 (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

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.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede 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.

He comprendido 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 me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

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

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal