Consentimiento Informado
CIRUGÍA RESECCIÓN INTESTINAL

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 intestino enfermo o solucionar sus síntomas previniendo las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción.) que precisarían intervención urgente.

Características
Se va a extirpar una parte de mi intestino delgado que es el que me produce los síntomas. Posteriormente se suturará el intestino para restaurar su continuidad. Se me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos.
Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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, como otros específicos del procedimiento:
Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, retraso en la restauración del tránsito intestinal normal lo que requerirá tratamiento con sueros, dolor prolongado en la zona de la operación.
Riesgos poco frecuentes y graves: Sangrado intrabdominal, fístula de la anastómosis por alteración en la cicatrización de la sutura, infección intrabdominal, obstrucción intestinal.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
El médico 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 y que por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.
El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de 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 ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA DE RESECCIÓN INTESTINAL.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal