

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE DE ABSCESO INTRAABDOMINAL POSTQUIRÚRGICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Un absceso intraabdominal es una acumulación de pus dentro del abdomen, causado generalmente por una infección localizada en el sitio donde se ha intervenido. Puede aparecer después de una cirugía, una perforación intestinal o una infección abdominal grave.

Este procedimiento consiste en realizar una incisión en el abdomen para acceder al absceso. Se limpia la cavidad infectada y se coloca un drenaje (tubo) para permitir la salida continua de líquido.

La finalidad de esta técnica es eliminar el líquido infectado acumulado para controlar la infección y aliviar el dolor y la fiebre, así como reducir el riesgo de complicaciones graves como sepsis.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Sangrado.
- Lesión de órganos cercanos.
- Persistencia o recurrencia del absceso.
- Infección en el sitio de drenaje.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a otro tipo de tratamientos para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía percutánea.
- Tratamiento farmacológico.

AUTORIZACIÓN PARA "DRENAJE DE ABSCESO INTRAABDOMINAL POSTQUIRÚRGICO"

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: