|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER NOMBRE** | | | **SEGUNDO NOMBRE** | | | | **PRIMER APELLIDO** | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | |
| ${primer\_nombre} | | | ${segundo\_nombre} | | | | ${primer\_apellido} | | | | ${segundo\_apellido} | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | | | **TIPO DE AFILIACION** | | | | **ASEGURADORA** | | | | |
| ${tipo\_documento} | | | ${documento} | | | | ${afiliar} | | | | ${aseguradora} | | | | |
| **EDAD** | ${edad} | | **SEXO** | ${sexo} | | | **FECHA** | | ${fecha} | | **HORA** | | ${hora} | | |
| **NOMBRE DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HEMORROIDECTOMIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La hemorroidectomia es un procedimiento quirúrgico en el cual se resecan/ retiran los paquetes hemorroidales ubicados en el canal anal del paciente, el procedimiento inicia con la verificación de la lista de chequeo y se realiza bajo la técnica anestésica escogida por el anestesiólogo durante la consulta pre quirúrgica previa; el paciente es colocado en posición de navaja sevillana ( boca abajo y con los miembros inferiores levemente flexionadas ), luego se realiza una separación de los glúteos con esparadrapo, se hace la asepsia y antisepsia de la piel perianal, se colocan los campos quirúrgicos. Se da inicio al tiempo quirúrgico por cirujano colorrectal que empieza con la exposición del canal anal con el separador de Prat (anoscopia diagnostica) que permite valorar el canal anal y mucosa del recto inferior. Se reparan los paquetes hemorroidales y en su ápex se coloca un punto de transfixión de vycril 2/0, luego se identifica el borde mas externo del paquete hemorroidal sobre la piel perianal donde se inicia con la resección del paquete hemorroidal conservando las fibras del esfínter anal interno, desde el exterior al interior del canal anal usando la energía monopolar y se repite este procedimiento en cada paquete hemorroidal ubicado en el eje de las 2, 5 y 9 del reloj. Se revisa la hemostasia irrigando el lecho quirúrgico con Solución Salina Normal haciendo control del mismo con energía monopolar o con sutura de transfixión de vycril 2/0. La mucosa del canal anal, recto inferior y de la piel peri anal se deja abierta; preferimos esta técnica vs la técnica cerrada ya que presenta menos dolor anal POP, igual riesgo de complicaciones. Se deja una gasa en el borde anal la cual será retirada por enfermera de recuperación previo al egreso del paciente. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ✓ Resolver el prolapso hemorroidal. ✓ Mejorar la rectorragia que mancha la tasa del baño ya que puede continuar manchando de sangre el papel al limpiarse. ✓ Mejorar la humedad anal, prurito anal. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIOS QUE RAZONABLEMENTE SE PUEDEN ESPERAR DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mejorar de forma significativa los síntomas asociados a la enfermedad hemorroidal que lo motivaron acudir al servicio medico de cirugía colorrectal en Gastroquirurgica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incontinencia para gases en 1 de cada 10 a 15 pacientes, incontinencia para líquidos o heces solidas 1 de cada 100 pacientes, urgencia defecatoria 1 de cada 25 a 50 pacientes, ano húmedo 1 de cada 25 a 50 pacientes, estenosis del canal anal 1 de cada 200 pacientes, infección del sitio quirúrgico menor al 1%, otros riesgos menores son cefalea post punción, retención urinaria, sangrado y fiebre. Otros riesgos poco usuales pero graves son necesidad de colostomía por gangrena de fournier y la muerte. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI, EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS | | | | | X | | | NO, LA ÚNICA ALTERNATIVA ES NO TRATAR O NO APLICAR EL PROCEDIMIENTO | | | | | |  | |
| **DESCRIBA LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre las alternativas están la ligadura de paquetes hemorroidales internos con bandas de caucho, hemorroidopexia, transfixión de vasos hemorroidales guiados por doppler sin embargo ninguno de estos procedimientos corrige el componente externo de las hemorroides, no corrigen el prolapso hemorroidal y con tasas altas de recurrencia para control de la rectorragia. Aproximadamente uno de cada 3 pacientes requiere de cirugía (hemorroidectomia) antes de los 2 años y en su mayoría cirugía a los 5 años en los estudios de cohorte para seguimiento clínico. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESPUESTAS A INQUIETUDES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS INQUIETUDES** | | | | | | | | **RESPUESTA DEL MÉDICO TRATANTE** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **DECISIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Me permito manifestar que he recibido información clara y precisa, acerca del tratamiento o procedimiento que se me va a practicar y que aparece descrito en este mismo formato. El/la profesional que me atiende y cuyo nombre aparece en este formato me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se realiza, el objetivo de practicármelo y los beneficios que razonablemente se pueden esperar del mismo. También me ha explicado los riesgos reales y potenciales, así como los riesgos con relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa.  Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones por los hallazgos intra-operatorios para proporcionarme el tratamiento adecuado. Igualmente, reconozco que no se me ha garantizado los resultados que se preparan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad medica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para la ejecución de la Ley 23de1981.  Reconozco que se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia personal que pueda aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.  Autorizo a GASTROQUIRURGICA SAS y a sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención y en recuperación todos los medicamentos, anestésicos o medios de contraste que sean necesarios. Así mismo, autorizo a la institución a tomar las muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológico.  Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas y he recibido respuesta a todas ellas, comprendiendo todo a cabalidad y disponiendo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria, que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee en cuyo caso deberé informar por escrito el cambio de decisión al equipo de salud de la institución.  En consecuencia, manifiesto que he decidido lo siguiente en relación al tratamiento o procedimiento propuesto y avalo mi decisión con mi firma: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | ${rec} | | **Acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | | ${ace} |
| **FIRMA DEL MEDICO** | | | | | | | | **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | |
| ${firma\_profesional}  CC. ${cedula\_profesional} | | | | | | | | ${firma\_paciente\_acepta}  CC. ${cedula\_paciente} | | | | Huella  (En caso de que el  paciente refiera no saber firmar) | | | |
| En caso de que el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación legal. Teniendo en cuenta lo anterior, se delega la decisión según La  ley 73 de 1988 que en su Artículo 5°, traduce el orden a quien se le puede solicitar el consentimiento, para asistir médicamente a una persona. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | ${nombre\_representante} | | | | | | **FIRMA** | | ${firma\_representante} | | | | | |
| **PARENTESCO** | | ${parentesco\_representante} | | | | | | **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | ${documento\_representante} | | | | | |
| **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por medio de la presente declaro en pleno y normal uso de mis facultades mentales que, sin que exista presión externa alguna para la toma de mi decisión la cual es libre y conociendo los alcances de la misma y ejerciendo el derecho a la autonomía que tengo como paciente y/o representante legal, REVOCO la autorización entregada a la Clínica Gastroquirurgica SAS. para mi estudio diagnostico y/o procedimiento quirúrgico ,que me fue informado anteriormente sobre el propósito de la atención, las ventajas, complicaciones, molestias, riesgos, y haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión y eximiendo al médico tratante ,al equipo de salud y a la institución de toda responsabilidad. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | | **EN CASO DE QUE EL PACIENTE CAREZCA DE COMPETENCIA PARA FIRMAR, PROCEDE A FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | |
| ${firma\_paciente\_rechaza} | | | | | | | | ${firma\_representante\_rechaza} | | | | | | | |