

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE DE ABSCESOS DE TEJIDOS BLANDOS.

Sr. / Sra. _____, DNI n° _____, o en su representación
el Sr. / Sra. _____, DNI n° _____, en calidad de

PARA QUÉ SIRVE: La intervención consiste en tratar la infección (absceso) en el lugar del cuerpo donde se encuentre cortando (incisión) la zona y extrayendo el pus. **CÓMO SE REALIZA:** Habitualmente es una intervención que se realiza en régimen ambulatorio con anestesia local. A veces, en función del tamaño, profundidad y localización del absceso, puede requerir anestesia general o zonal. Se hace una incisión sobre la zona más blanda del absceso, se drena el pus y se limpia la cavidad infectada. **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:** La salida del pus provoca una mejoría de los síntomas con disminución de la tensión y del dolor. **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:** Al drenar el absceso se evitarán las complicaciones derivadas de la extensión de la infección. **QUÉ RIESGOS TIENE:** Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. **LOS MÁS FRECUENTES:** - Sangrado de la herida - Inflamación de las venas (flebitis). - Dolor prolongado en la zona de la operación - Cicatriz queloides - . **LOS MÁS GRAVES:** - Reproducción del absceso. - Persistencia de la infección o extensión de la misma (sepsis). - Reacción alérgica grave a los anestésicos locales, que podría llegar a producir un shock potencialmente grave y que requeriría atención médica urgente. - Otras posibles complicaciones graves dependen del lugar de localización del absceso. Por ejemplo, si el absceso estuviera localizado en la zona perianal podría producirse alteración de la continencia de gases e incluso de las heces.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto. *

Mis interrogantes: _____ * Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar un video de la intervención, así como su ulterior utilización con fines científicos y/o experiencia académica, preservando en todos los casos mi identidad. Asimismo, usted se encuentra protegido por la Ley Nacional de protección de datos personales N° 25326 y la Ley Nacional de derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de salud N° 26529. * Paciente Sr/Sra: He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, como se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuesta a todas mis preguntas, se me ha aclarado el significado de aquellos términos que desconocía. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria. **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica que se me propone. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al médico del cambio de decisión.

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

En.....de.....de.....