



Consentimiento Informado para
Cirugía de Cerclaje Cervical
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Cerclaje Cervical

Consentimiento Informado – Ginecología-Obstetricia

Consentimiento Informado para Cirugía de Cerclaje Cervical

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:

CERCLAJE CERVICAL

1. La finalidad del cerclaje cervical es reducir el diámetro del orificio cervical uterino para disminuir el riesgo de aborto o parto prematuro. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo.
2. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
3. Antes de la intervención, debe advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
4. La intervención consiste en colocar una cinta o hilo alrededor del orificio cervical que mediante su anudación produce el cierre y refuerzo de él. La intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical y existe un pequeño porcentaje de fracasos sin poder garantizar, por tanto, la posibilidad de un parto de término.
5. La vía habitual de abordaje para realizar esta intervención es la vaginal. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.
6. A pesar de la adecuada elección de la técnica y 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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento. Rotura prematura de membranas, amnionitis, sangrados cervicales, imposibilidad de realizar la intervención, infección urinaria, desencadenamiento del parto /aborto, y los secundarios a la anestesia.
7. En algunos casos, dependiendo de la técnica utilizada y de factores personales de cicatrización, se produce dificultad o imposibilidad de dilatación cervical en el parto, por lo que debe recurrirse a la operación cesárea.
8. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
9. Ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

10. Existen otras opciones terapéuticas conservadoras que no implican la intervención quirúrgica, por lo que no producen el cierre del orificio cervical, como el reposo absoluto, la administración de fármacos uteroinhibidores, etc., con un porcentaje de éxito muy inferior.

11. 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.

– 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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

– Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: CERCLAJE CERVICAL

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).