



**Consentimiento Informado
para Cirugía de Histerectomía
Versión 3.0**

Consentimiento Informado para Cirugía de Histerectomía

Consentimiento Informado para Cirugía de Histerectomía

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 PARA
HISTERECTOMÍA

En mi caso la indicación quirúrgica es.....

La hysterectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal, laparoscópica y mixta. En mi caso se practicará preferentemente por vía.....

La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (Hysterectomía total o subtotal).

Asimismo, puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (hysterectomía con anexectomía uní o bilateral -ovarios y trompas-), según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención.

En mi caso concreto, el tipo de hysterectomía que se programa será:

.....

La hysterectomía supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones.

La hysterectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven, necesitando terapia hormonal posteriormente, según indicación médica.

Las complicaciones específicas de la hysterectomía pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas).
- Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).
- Lesiones vesicales, ureterales y/ o uretrales. Lesiones intestinales.
- Fístulas vesicovaginales e intestinales. Reintervención quirúrgica.
- Lesiones vasculares y/o neurológicas.

A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias postoperatorias (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.

No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por personal calificado.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas, por ejemplo: miomectomías para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para hemorragias y endometriosis.

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.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para **HISTERECTOMIA**

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).

