



Consentimiento Informado de  
Cirugía para la Patología Anexial  
y/o del Ligamento Ancho  
Versión 3.0

# Consentimiento Informado de Cirugía para la Patología Anexial y/o del Ligamento Ancho

(Supuestamente benigna)

Consentimiento Informado – Ginecología-Obstetricia

## Consentimiento Informado de Cirugía para la Patología Anexial y/o del Ligamento Ancho

(Supuestamente benigna)

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: **PATOLOGÍA ANEXIAL Y/O DEL LIGAMENTO ANCHO** (Supuestamente benigna)

La patología anexial y/o del ligamento ancho (tumoral o de otra naturaleza) dará lugar a cirugía conservadora o a la extirpación total o parcial de los órganos afectados uni o bilateral.

La intervención quirúrgica puede realizarse mediante laparotomía o por laparoscopia.

**En mi caso concreto la técnica será:**

.....

### **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.

#### **Las complicaciones específicas de la intervención son:**

Infecciones con posible evolución febril, hemorragias intra o postoperatorias, lesiones vesicales, ureterales, intestinales, vasculares o neurológicas, rotura de un quiste, extirpación incompleta del quiste.

Ocasionalmente será necesaria la extirpación de ambos ovarios, lo que dará lugar a esterilidad y pérdida de menstruación en mujeres jóvenes. La extirpación de ambas trompas dará lugar también a esterilidad.

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:

.....

Me han sido explicados las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

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 el personal calificado.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intra operatorio 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.

Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas quirúrgicas (tratamientos hormonales, punciones aspirativas).

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:

**PATOLOGÍA ANEXIAL Y/O DEL LIGAMENTO ANCHO** (Supuestamente benigna)

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).