



Consentimiento Informado
para la Cirugía del Quistoma
Ovárico
Versión 3.0

Consentimiento Informado para la Cirugía del Quistoma Ovárico

Consentimiento Informado para la Cirugía del Quistoma Ovárico

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:
QUISTOMA OVÁRICO

Un quiste es una colección líquida rodeada por una cápsula. Es una situación hallada frecuentemente en el ovario, y puede ser de variados orígenes, desde connatales, otros debidos al funcionamiento del ovario, hasta tumorales.

Aunque su detección más frecuente es por tacto vaginal, son la ecografía y exámenes de laboratorio los que permiten evaluar su causa y evolución futura.

Si el quiste es de causa funcional, y su tamaño es pequeño, se adoptará conducta no operatoria (sólo vigilancia, o tratamiento hormonal), y en pocos casos llegará a la operación (si no desaparece en un tiempo prudente).

Si los exámenes indican un quiste benigno no tratable (endometriosis, teratoma o quiste del párrafo anterior resistente al tratamiento), es aconsejable su operación para evitar una futura complicación aguda por rotura o torsión.

En el caso de sospecha de malignidad le será indicada su pronta operación con asistencia del anatómo-patólogo que efectuará una biopsia rápida para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer.

En las afecciones benignas se suele extirpar sólo el quiste, pero por dificultad operatoria hay ocasiones en que debe sacarse todo el ovario y raras veces, también la trompa de Falopio.

Si existe cáncer se elimina el máximo de estructuras a las que éste se pueda haber extendido: ambos ovarios y trompas, útero completo, parte superior de la vagina, epiplón y ganglios colectores de esta zona, que por ser una operación más extensa implica un aumento de sus riesgos. Las biopsias son las que guiarán el tratamiento futuro si es necesaria la quimioterapia o la irradiación para, si proceden, disminuir el peligro de reaparición.

Mediante este procedimiento se pretende:

.....
.....
.....

La técnica consiste en:

.....
.....

Entiendo que para la operación deberá usarse anestesia regional (raquídea, epidural) o general, y que es posible que sea necesaria la utilización de sangre y/o sus derivados, de cuyos riesgos me informará el anestesista.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y anestesia, como propios de este procedimiento.

Poco graves: sangramiento, dolor o infección local.

Las complicaciones graves (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y es raro que requieran una nueva intervención.

Como preparación previa deberé:

.....
.....

Aunque también puede realizarse en la sala de procedimientos de la Clínica.

La anestesia requiere de ocho horas de ayuno previo.

También se me ha indicado la necesidad de advertir de mis alergias medicamentosas, problemas de coagulación, enfermedades preexistentes, uso de prótesis, marcapasos, medicamentos y drogas.

Por mi estado actual de salud (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.), pueden aumentar las posibilidades de complicaciones como:

.....
.....
.....

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: **QUISTOMA OVÁRICO**

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).