



Consentimiento Informado para
Raspado por Restos de Aborto
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Raspado por Restos de Aborto

Consentimiento Informado para Raspado por Restos de Aborto

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:

RASPADO POR RESTOS DE ABORTO

El principal propósito del raspado uterino es limpiar la cavidad endometrial de restos ovulares. A veces, puede ser necesario un segundo legrado para dejar el útero totalmente limpio, sobre todo en los casos de aborto retenido.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Antes de la intervención, debe advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales u otras alteraciones.

El raspado evacuador sólo se puede practicar por vía vaginal.

La intervención consiste en la extracción de restos ovulares con pinzas específicas y cucharillas romas y cortantes, o bien por aspiración. Para lograr la introducción de instrumental se debe dilatar el cuello del útero si es que no se ha abierto espontáneamente.

En algunos casos, puede ser necesario uso previo de goteo intravenoso de oxitocina o uso de prostaglandinas.

El material obtenido podrá ser enviado para su estudio anatomopatológico.

Existe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

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:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.).
- Hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero.
- Persistencia de restos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

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:

RASPADO POR RESTOS DE ABORTO

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).