



Consentimiento Informado para la
Cirugía de Vulvectomy Simple
Versión 3.0

Consentimiento Informado para la Cirugía de Vulvectomy Simple

Consentimiento Informado para la Cirugía de Vulvectomía Simple

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:
VULVECTOMÍA SIMPLE

La intervención consiste en la extirpación de toda la vulva, es decir, labios mayores y menores, clítoris y tejidos cercanos a vagina, uretra y zona perineal.

En mi caso se me practicará una Vulvectomía simple cuya indicación es:

.....

Consecuencias: Probable alteración posterior de las relaciones sexuales.

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 quirúrgica son:

- Dehiscencia de las suturas de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias o de herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).

Ocasionalmente:

- Fístulas vesicales y/o rectales.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.

A largo plazo podrían existir complicaciones en el ámbito sexual como:

- Menor sensibilidad y disminución de la apetencia sexual.
- Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.
- Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

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 explicadas 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

representantes legales, en su caso, informados 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:

- Tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.

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:

VULVECTOMÍA SIMPLE

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).