



Consentimiento Informado para
Cirugía de Glándula de Bartholino
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Glándula de Bartholino

Consentimiento Informado para Cirugía de Glándula de Bartholino

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:

LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO

- 1) El principal propósito de dicha intervención es la resolución de una bartolinitis y/o extirpación de un quiste crónico de la glándula de Bartholino.
- 2) **Existen varias técnicas:**
 - Drenaje de la glándula inflamada.
 - Drenaje y marsupialización de un quiste de la glándula de Bartholino consistente en abrirla y formarle un nuevo conducto de salida.
 - Extirpación de la glándula de Bartholino: disección y eliminación total de la glándula con sutura de la zona donde estaba alojada la misma.
- 3) **En mi caso se realizará:**
.....
- 4) **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:**
 - a) 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.
 - b) **Las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica, aunque raras, pueden ser:**
 - Hematoma perineal.
 - Infección del lecho quirúrgico.
 - Cicatriz que provoque dificultades o dolor en la relación sexual.
- 5) En caso de extirpación bilateral, puede presentarse sequedad vaginal. Fracaso de la intervención (reaparición del quiste).
- 6) Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.
- 7) Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:.....
- 8) 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.

- 9) La intervención puede efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.
- 10) No se puede descartar de antemano que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones necesarias y por el personal especializado.
- 11) La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/ o sus familiares.
- 12) El vaciamiento por punción, o permitir la evolución espontánea con tratamiento antibiótico se pueden usar para diferir la intervención si no existe alguna condición para ella.
 - 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: **LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO**

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).