



Consentimiento Informado para
Cirugía de Laparoscopia
Ginecológica
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Laparoscopia Ginecológica

(Diagnóstica y terapéutica)

Consentimiento Informado para Cirugía de Laparoscopia Ginecológica

(Diagnóstica y terapéutica)

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 de: **LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA** (diagnóstica y terapéutica), con el fin de:

.....

.....

.....

La laparoscopia es una técnica que utiliza uno o más instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeñas incisiones. El abdomen es distendido habitualmente por dióxido de carbono en gas. El/los instrumento/s dotado/s de luz y cámara permite/n ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa una serie de instrumentos adicionales.

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.

Existe una serie de molestias y/o efectos secundarios propios de postoperatorios más o menos frecuentes de la laparoscopia que son: dolor de hombro, distensión abdominal, hemorragia vaginal leve.

Las complicaciones específicas de la laparoscopia, son: lesiones vasculares, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), accidentes eléctricos, lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias).

Pueden presentarse otras complicaciones como: enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso.

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención.

Complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles.

Si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), estoy de acuerdo con que ésta se realice, así como que el equipo médico pueda variar la técnica quirúrgica 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.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el ginecólogo 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:

LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA (diagnóstica y terapéutica)

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).