



Ginecología – Obstetricia
Consentimiento Informado para
Legrado Biopsico
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Legrado Biopsico

Consentimiento Informado para Legrado Biopsico

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, a realizar un

LEGRADO DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN

1.-El principal propósito del legrado es **obtener muestras** de tejido endometrial y /o endocervical para su estudio histológico en aquellos casos en que exista sospecha de patología endometrial (por clínica o ecografía)

2.-Complicaciones y / o riesgos y fracasos.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia obesidad), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis)
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o post-operatorio)
- c. Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna)

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.....

.....

Cuidados: me han sido explicadas las precauciones y tratamientos que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Anestesia: el legrado diagnóstico precisa anestesia, que será valorada bajo responsabilidad del Servicio de Anestesia.

Transfusiones: no se puede descartar a priori que el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo calificado para ello.

Anatomía Patológica: todo material extraído en la intervención se someterá a estudio Anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio.

Así mismo, he comprendido que dependiendo de los resultados Anatomopatológico y por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informara en su caso.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el **LEGRADO DIAGNÓSTICO**

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).



Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....