



Consentimiento Informado para
Tratamiento Quirúrgico de
Malformaciones Uterinas y/o
Vaginales
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Malformaciones Uterinas y/o Vaginales

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Malformaciones Uterinas y/o Vaginales

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 para:

MALFORMACIONES UTERINA Y/O VAGINAL

Las malformaciones uterinas y/o vaginales sólo precisan tratamiento quirúrgico en caso de provocar problemas obstétricos y/o ginecológicos: abortos de repetición, partos prematuros, dolor, esterilidad, etc.

En mi caso la indicación es:.....

.....

La intervención se puede practicar por vía abdominal, vaginal o mixta. A su vez se puede realizar con técnicas de cirugía abierta (abrir pared abdominal o vagina) y/o endoscópica (sistemas de óptica, insuflación de gas o líquidos).

En mi caso se realizará por vía:.....

Y con técnicas de cirugía:.....

.....

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 pueden ser, entre otras:

- **A corto plazo:** hemorragias y hematomas con posible transfusión intra o postoperatoria e incluso reintervención quirúrgica, infecciones, lesiones vesicales, ureterales e intestinales, seromas.
- **A largo plazo:** fístulas, adherencias abdominales y/o intrauterinas que podrían ocasionar dolor y/o esterilidad, así como roturas uterinas en futuros embarazos.

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:

.....

.....

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.

No existe ningún otro tratamiento que pueda solucionar el cuadro en forma completa.

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 ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho 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:

MALFORMACIONES UTERINA Y/O VAGINAL

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).