



Consentimiento informado para
Cirugía de Miomatosis Uterina
Versión 3.0

Consentimiento informado para Cirugía de Miomatosis Uterina

Consentimiento informado para Cirugía de Miomatosis Uterina

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:
MIOMATOSIS UTERINA

Mediante este procedimiento se pretende:

.....

La técnica consiste en:

.....

Los miomas uterinos son tumores benignos del útero que aparecen como tendencia familiar y se ven favorecidos en su crecimiento por antecedentes personales (Ej., por no haber tenido hijos) y por efecto de los estrógenos, sean del propio ovario o por preparados farmacéuticos (hormonas), y que tienden a la atrofia después de la menopausia.

Cuando producen complicaciones (anemia por menstruaciones abundantes, dolor intratable o infertilidad (por falta de embarazos o por pérdida de ellos) y en condiciones de crecimiento excesivo, puede ser necesaria su extirpación quirúrgica.

La eliminación de solamente los miomas (Miomectomía) detectados previamente por los método de diagnóstico, o los que se ven en la operación, no garantiza que no haya otros que puedan crecer posteriormente, y en un 25% de las miomectomizadas hay que reoperar años más tarde. En algunos de los casos en que se programa sólo la extracción de miomas, el cirujano puede verse obligado a extirpar el útero por sangrado o complicaciones operatorias, o a dejar algún remanente de mioma debido a los riesgos que produciría su extirpación.

La extirpación del útero completo (Histerectomía) no tiene este riesgo de reaparición, pero la paciente queda totalmente impedida de tener más hijos.

Como es conocido que los miomas se achican después de que se terminan las menstruaciones, en algunos casos se facilita la operación al provocar una menopausia transitoria con medicamentos.

Por lo tanto, con el diagnóstico de miomatosis uterina, según sea su tamaño, molestias, proximidad de la menopausia y deseo de preservar la fertilidad las alternativas de tratamiento son médico (vigilancia del crecimiento y tratamiento del dolor o sangrado), u operatorio (obstruir la circulación del mioma, cauterización del endometrio, Miomectomía o Histerectomía), cada una con ventajas y desventajas médicas y de costo.

Entiendo que el procedimiento puede efectuarse con anestesia regional (raquídea, epidural) o general, y que es posible que sea necesaria la utilización de sangre y/o sus derivados, de cuyos riesgos me informará el anestesista.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables tanto los comunes a toda intervención y anestesia, como propios de este procedimiento.

Poco graves: sangramiento, dolor o infección local.

Las complicaciones graves (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y pueden requerir una nueva intervención).

Como preparación previa deberé:

.....
.....

Aunque también puede realizarse en la sala de procedimientos de la Clínica.

La anestesia requiere de ocho horas de ayuno previo.

También se me ha indicado la necesidad de advertir de mis alergias medicamentosas, problemas de coagulación, enfermedades preexistentes, uso de prótesis, marcapasos, medicamentos y drogas.

Por mi estado actual de salud (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.), pueden aumentar las posibilidades de complicaciones como:

.....
.....
.....
.....

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: **MIOMATOSIS UTERINA**

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).