

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-55

Histerectomía

Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Extirpación quirúrgica del útero y/o anexos con fines terapéuticos.

EN QUE CONSISTE LA HISTERECTOMIA

La histerectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal, laparoscópica y mixta. En mi caso se practicará preferentemente por vía _____

La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (histerectomía total o subtotal).

Asimismo, puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (histerectomía con anexectomía uní o bilateral -ovarios y trompas-), según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. En mi caso concreto, el tipo de histerectomía que se programa será _____

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo

RIESGOS DE LA HISTERECTOMIA

Las complicaciones específicas de la histerectomía pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas....).
- Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).
- Lesiones vesicales, ureterales y/ o uretrales.
- Lesiones intestinales.
- Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- Reintervención quirúrgica.
- Lesiones vasculares y/o neurológicas.

A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias postoperatorias (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas, por ejemplo: miomectomías para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para hemorragias y endometriosis.

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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-55

Histerectomía

Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **HISTERECTOMIA**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **HISTERECTOMIA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **HISTERECTOMIA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____