

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-56

Histeroscopia Quirúrgica

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: _____

OBJETIVOS

A través de la visualización de la cavidad uterina con ópticas de pequeño calibre, permite el tratamiento de patologías intrauterinas, mediante:

- Polipectomía endometrial
- Miomectomía submucosa
- Resección de septos uterinos (malformaciones)
- Liberación de adherencias
- Ablación o reducción endometriales

EN QUE CONSISTE LA HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

La histeroscopia quirúrgica consiste en la introducción a través de la vulva y vagina, en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina de un sistema óptico provisto de un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y un sistema de distensión líquido (glicina o sorbitol, manitol). De este modo se procurarán tratar las lesiones intracavitarias bajo visión directa. La intervención precisa anestesia general o local con sedación, que será valorada por el servicio de anestesia. La pieza extirpada será sometida a estudio anatomopatológico posteriormente, siendo informada de los resultados.

RIESGOS DE LA HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

Riesgos frecuentes

Las molestias más frecuentes asociadas a esta cirugía son:

- Dolores abdominales leves, semejantes a un dolor menstrual.
- Dolores en los hombros por la irritación del nervio frénico.
- Pérdida vaginal leve.

Riesgos poco frecuentes

Las complicaciones asociadas a dichos procedimientos son infrecuentes e incluyen sin ser las únicas las siguientes:

Intraoperatorias:

- Perforación uterina: en casos excepcionales el relector podría lesionar vísceras intrabdominales (intestino, vejiga, vasos)
- Sobrecarga circulatoria, y en casos excepcionales, edema agudo del pulmón.
- Accidentes eléctricos
- Accidentes anestésicos

Necesidad de cirugía laparoscópica o laparotomía de recurso.

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

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Las alternativas dependerán del tipo de patología a tratar y van desde el legrado uterino para el tratamiento de los pólipos y liberación de adherencias, histerectomías para el tratamiento de los miomas submucosos y metropatías hemorrágicas e histerotomías para la resección de septos y de miomas submucosos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-56

Histeroscopia Quirúrgica

Rev. 03

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención 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.

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 **HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA**

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 **HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA**, 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 _____

REVOCAACION

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 _____