

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Laparoscopia Ginecológica

FL-CDM-58

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

A través de esta técnica se pretende lograr un diagnóstico o tratamiento definitivo mínimamente invasivo

EN QUE CONSISTE LA LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

La laparoscopia es una técnica que utiliza uno o más instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeñas incisiones. El abdomen es distendido habitualmente por dióxido de carbono en gas. El/los instrumento/s dotado/s de luz y cámara permite/n ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa una serie de instrumentos adicionales. La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intra operatorio para obtener el diagnóstico definitivo

RIESGOS DE LA LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

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.

Existe una serie de molestias y/o efectos secundarios propios de postoperatorios más o menos frecuentes de la laparoscopia que son: dolor de hombro, distensión abdominal, hemorragia vaginal leve...

Las complicaciones específicas de la laparoscopia, son: lesiones vasculares, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), accidentes eléctricos, lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias).

Pueden presentarse otras complicaciones como: enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso. La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención. Complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles.

Si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), estoy de acuerdo con que ésta se realice, así como que el equipo médico pueda variar la técnica quirúrgica programada.

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

RIESGOS PERSONALIZADOS:

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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.

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-58

Laparoscopia Ginecológica

Rev. 03

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

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 **LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA**

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 **LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA** 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 _____

REVOCACION

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 _____