

# FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Legrado Diagnóstico**

FL-CDM-59

Rev. 02

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)

DIGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

Se pretende con este procedimiento, limpiar el interior de la cavidad uterina, extrayendo los restos que de la gestación anterior puedan quedar. Con ello se favorece una mejor contracción de la fibra uterina y se previenen las hemorragias y las infecciones.

## EN QUE CONSISTE EL LEGRADO DIAGNÓSTICO

El legrado diagnóstico es una intervención quirúrgica que consiste en la toma de material endometrial y endocervical para su estudio anatomo-patológico, en los casos en que haya existido metrorragia o hemorragia uterina anormal, pudiendo tener valor terapéutico aliviando un sangrado funcional copioso y/o extirpando un pólipo endometrial.

Todo material obtenido será enviado para su estudio anatomo-patológico.

## RIESGOS DEL LEGRADO DIAGNÓSTICO

### Riesgos frecuentes

Como procedimiento quirúrgico que es, el legrado diagnóstico lleva implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación global de cada paciente, una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto comunes como quirúrgicos.

Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas por orden de frecuencia pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...)
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
- Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna...)

### Riesgos poco frecuentes

Como procedimiento quirúrgico que es, existe un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad se puede estudiar la patología endouterina mediante ecografía transvaginal, sonohisterografía, la histeroscopia y la citología mediante distintos tipos de cepillado, si bien el diagnóstico histológico no puede ser obtenido más que a partir de la biopsia endometrial obtenida con microlegras o con las más recientes cánulas por aspiración. Para la vertiente hemostática del legrado se tienen alternativas médicas que cuando el sangrado es muy abundante son poco efectivas.

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.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-59

### Legrado Diagnóstico

Rev. 02

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 un **LEGRADO DIAGNÓSTICO**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **LEGRADO DIAGNÓSTICO**

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 el **LEGRADO DIAGNÓSTICO** 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** \_\_\_\_\_