

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-62

### Prolapso Vaginal

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

Reparación quirúrgica del prolapso, esto consiste en el descenso del útero y/o la vagina, la vejiga, el recto e intestino. En mi caso concreto este descenso afecta a \_\_\_\_\_

#### EN QUE CONSISTE ESTA CIRUGIA DE PROLAPSO VAGINAL

La intervención quirúrgica consiste en la extirpación total o parcial del útero o su contención por vía vaginal cuando existe prolapso uterino y/o la reposición anatómica de la base vesical y/o de la pared anterior del recto, realizándose un refuerzo de los músculos y estructuras que forman el suelo pélvico. En caso de existir incontinencia urinaria asociada, se aplicaran las técnicas más idóneas para su corrección, como se explica en el documento específico. En los casos en que el equipo quirúrgico lo estime conveniente o necesario se aplicarán mallas de contención.

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 CIRUGIA DE PROLAPSO VAGINAL

Existe una serie de posibles complicaciones específicas de esta intervención:

- Infección urinaria.
- Retención temporal de la orina, que necesitará sondaje.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Hematomas
- Rechazo material (mallas y puntos)
- Retención urinaria
- Necesidad de Reintervención

Excepcionalmente, pueden aparecer complicaciones potencialmente severas:

- Lesiones en vejiga, uretra o uréteres.
- Quemaduras por electrocirugía.
- Fístulas.

Posteriormente, existe el riesgo de aparición de:

- Prolapso de cúpula vaginal en caso de histerectomía.
- Prolapso de las paredes vaginales, vejiga y recto.
- Incontinencia urinaria.
- Ninguna de las intervenciones quirúrgicas garantiza la curación del prolapso de forma permanente.
- Existe un porcentaje de fracasos de hasta un 20%.

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

Existen otras opciones terapéuticas como gimnasia perineal o colocación de pesarios vaginales, dependiendo del grado o particularidades del prolapso genital existente.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-62

### Prolapso Vaginal

Rev. 03

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.

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 **PROLAPSO VAGINAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **PROLAPSO VAGINAL**

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 **PROLAPSO VAGINAL** 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 \_\_\_\_\_