

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-63

### Quistoma Ovárico

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 quiste, este es una colección líquida rodeada por una cápsula. Es una situación hallada frecuentemente en el ovario, y puede ser de variados orígenes, Aunque su detección más frecuente es por tacto vaginal, son la ecografía y exámenes de laboratorio los que permiten evaluar su causa y evolución futura.

#### EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE QUISTOMA OVÁRICO

Dependiendo si el quiste es de causa funcional, y su tamaño es pequeño, se adoptará conducta no operatoria (sólo vigilancia, o tratamiento hormonal), y en pocos casos llegará a la operación (si no desaparece en un tiempo prudente).

Si los exámenes indican un quiste benigno no tratable (endometriosis, teratoma o quiste del párrafo anterior resistente al tratamiento), es aconsejable su operación para evitar una futura complicación aguda por rotura o torsión.

En el caso de sospecha de malignidad le será indicada su pronta operación con asistencia del anatomo-patólogo que efectuará una biopsia rápida para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer.

En las afecciones benignas se suele extirpar sólo el quiste, pero por dificultad operatoria hay ocasiones en que debe sacarse todo el ovario y raras veces, también la trompa de Falopio

Si existe cáncer se elimina el máximo de estructuras a las que éste se pueda haber extendido: ambos ovarios y trompas, útero completo, parte superior de la vagina, epiplón y ganglios colectores de esta zona, que por ser una operación más extensa implica un aumento de sus riesgos. Las biopsias son las que guiarán el tratamiento futuro si es necesaria la quimioterapia o la irradiación para, si proceden, disminuir el peligro de reaparición.

#### RIESGOS DE LA CIRUGIA DE QUISTOMA OVARICO

- Poco graves: sangramiento, dolor o infección local. Las complicaciones graves (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y es raro que requieran una nueva intervención).
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

\_\_\_\_\_

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

\_\_\_\_\_

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-63

### Quistoma Ovárico

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 un **QUISTOMA OVARICO**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **QUISTOMA OVARICO**

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 **QUISTOMA OVARICO**, 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 \_\_\_\_\_