

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO VULVECTOMIA RADICAL

FL-CDM-65

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: _____

EN QUE CONSISTE LA VULVECTOMIA RADICAL

La intervención consiste en la extirpación de toda la vulva, es decir, labios mayores y menores, clítoris además del monte de Venus, zona perineal y tercio externo de la vagina, así como la extirpación de los ganglios linfáticos de las cadenas ganglionares inguinales (uni o bilaterales).

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 VULVECTOMIA RADICAL

Consecuencias: Probable alteración posterior de las relaciones sexuales.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica, pueden ser:

- Dehiscencia de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias, de pared abdominal y/o de la herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).
- Lesiones vasculares o nerviosas (del paquete femoral), vesicales, uretrales o rectales.
- Fístulas vesicales y/ o rectales.
- Incontinencia urinaria y/ o fecal.
- Menor sensibilidad y disminución de la apetencia sexual.
- Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.
- Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

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.

RIESGO PERSONALIZADOS

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO


Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas: radioterapia o quimioterapia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el ginecólogo 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

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO VULVECTOMIA RADICAL	FL-CDM-65
		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 una **VULVECTOMIA RADICAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **VULVECTOMIA RADICAL**

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 **VULVECTOMIA RADICAL**, 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 _____