

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-66

Vulvectomía Simple

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 SIMPLE

La intervención consiste en la extirpación de toda la vulva, es decir, labios mayores y menores, clítoris y tejidos cercanos a vagina, uretra y zona perineal. En mi caso se me practicará una vulvectomía simple cuya indicación es _____

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 SIMPLE

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica son:

- Dehiscencia de las suturas de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias o de herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).

Ocasionalmente:

- Fístulas vesicales y/o rectales.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


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

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

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-66
	Vulvectomía Simple	Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento deseo más información, por favor no dude en preguntar al especialista responsable, que le responderá 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 **VULVECTOMÍA SIMPLE**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **VULVECTOMÍA SIMPLE**

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 **VULVECTOMÍA SIMPLE** 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 _____