

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellido del paciente.....RUT:.....
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende la extirpación del útero con o sin cuello, lo que supone la falta de posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociada la extirpación de los ovarios y trompas, según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico (biopsia).

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende tratar enfermedades malignas como el cáncer al útero o a los ovarios, hemorragia a repetición por miomas o trastornos hormonales, dolores pelvianos y otros tratar enfermedades malignas

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

.....
.....

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. infección de la herida operatoria 2. hemorragia post quirúrgica 3. lesiones de órganos vecinos al útero y ovarios.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....

CONSECUENCIA DE LA CIRUGIA

En esta intervención se le va a extirpar el útero que es un órgano que cumple funciones sólo para la reproducción y no es necesario para otras funciones de la vida de la mujer. Las pacientes que aún presentan reglas y se les retiran los ovarios presentan síntomas derivados de la falta de hormonas y deberán recibir sustitución hormonal para tratar las molestias y evitar complicaciones a futuro de osteoporosis o arteriosclerosis.

Es importante que sepa que al extirpar los ovarios se instaura la menopausia pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva.



DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:.....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

