

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO UTERINO BIOPSICO**

FECHA:.....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende obtener una muestra de la cavidad del útero para biopsia y consiste en dilatar el canal cervical e introducir una cucharilla con la que se raspan sistemáticamente las paredes uterinas para extraer material que se envía a biopsia, el procedimiento se realiza a ciegas porque el operador no puede visualizar el interior de la cavidad uterina, la mayoría de la veces permite obtener suficiente material para diagnóstico, aunque en algunas oportunidades pueden pasar inadvertidas lesiones uterinas.

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 obtener una muestra de la cavidad uterina, estudiarla y permite realizar el diagnóstico del cuadro clínico

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

Puede ser sustituido, en algunos casos, por la histeroscopia y en otras por la biopsia de endometrio obtenida con una cánula de aspiración.

**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. infecciones post operatorias 2. perforación uterina 3. hemorragia, de muy baja frecuencia

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/procedimiento se le va a.....

.....



### 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:.....

