

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: HISTERECTOMIA RADICAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La histerectomía radical consiste en la extirpación del útero, de los ligamentos que lo sujetan a la pared (parametrio) y de los ganglios de la pelvis. En ocasiones, según la edad de la paciente y la patología, tienen que extirparse también las trompas y los ovarios.

CÓMO SE REALIZA

Esta intervención, precisa anestesia, la que será definida por el anestesista y suele realizarse a través de un corte en el abdomen. También es posible realizarla vía vaginal o por laparoscopia (procedimiento por el que se inserta una videocámara diminuta que permite visualizar los contenidos del abdomen y de la pelvis).

Todo lo que se extirpe se enviará al servicio de Anatomía Patológica para obtener un diagnóstico definitivo.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La extirpación de los ovarios en una paciente con menstruaciones implica la aparición de la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Esta cirugía puede plantearse como un único tratamiento, o como paso previo a otros tratamientos complementarios: radioterapia, hormonoterapia o quimioterapia.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Además de la histerectomía radical, en su caso existen otras posibilidades como la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LAS MÁS FRECUENTES:

- Las complicaciones más frecuentes pueden ser: infecciones, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), lesiones de vejiga, uréter o uretra.
- Con menor frecuencia pueden ocurrir: lesiones intestinales, fístulas, quemaduras, lesiones vasculares y neurológicas. A largo plazo podrían existir descensos de la vagina o hernias de la pared abdominal.
- Incontinencia

• LAS MÁS GRAVES:

- Fallecimiento intra o postoperatorio, hemorragias importantes, y lesiones de los vasos sanguíneos o de los nervios.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos que pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.
En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos).....,
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos).....,
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....