

## **FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT.....EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### **I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN CERCLAJE CERVICAL:**

---

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

Este procedimiento quirúrgico consiste en reducir el espacio del orificio inferior del útero que se encuentra en la zona llamada cuello uterino y que es por donde se comunica con la vagina Sirve para evitar el riesgo de aborto o de parto prematuro, cuando el orificio cervical no se mantiene del todo cerrado (insuficiencia cervical).

##### CÓMO SE REALIZA

La intervención precisa de anestesia general, local o regional Se realiza a través de la vagina. Se coloca una cinta o hilo alrededor del orificio cervical que se anuda y así se reduce la amplitud de este orificio.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ** La intervención se realiza bajo anestesia y no es dolorosa. Si se producen sangrados, dolor abdominal considerable o fiebre después del alta hospitalaria debe acudir al hospital. La intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos sin poder garantizar, por tanto, que evitaremos la posibilidad de parto prematuro.

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Disminuirá las posibilidades de que se produzca un parto prematuro o un aborto

##### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otras alternativas no quirúrgicas. Como son el reposo físico y la toma de medicamentos que actúan sobre el cuello del útero. Pero estas medidas no producen el cierre del conducto cervical, teniendo menores posibilidades de éxito.

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.

• **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Los sangrados que provienen del cuello del útero.
- La posibilidad de parto prematuro por fracaso de la intervención.

• **LOS MÁS GRAVES:**

- La rotura prematura de la bolsa de las aguas con pérdida de líquido amniótico y riesgo de parto prematuro.
- La infección del líquido dentro del útero (líquido amniótico). - El riesgo de aborto.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA** Si Usted padece de alergias a medicamentos, de alteraciones de la coagulación, o de otras enfermedades, debe informar a su médico. También comunicarle los medicamentos que actualmente tome y cualquier otra circunstancia que considere importante

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar 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 pacientes 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 pacientes y/o representante legal

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

Fecha.....