

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 ESTERILIZACIÓN:

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 que consiste en cortar y ligar u trompas de falopio para impedir que el óvulo se encuentre con el espermatozoide, y así evitar el embarazo.

CÓMO SE REALIZA Se requiere el uso de anestesia, para la realización de la técnica existen varias posibilidades:

- Laparoscópica: en primer lugar se introduce en el abdomen un gas inofensivo que permite inflarlo y así poder observar mejor los órganos pélvicos. A continuación, mediante un corte en el abdomen se inserta un instrumento que tiene una lente y un sistema de iluminación. Después se hace otra incisión y se introduce un instrumento para alcanzar las trompas de Falopio y sellarlas. Si surgiera alguna complicación técnica puede ser necesario realizar una laparotomía (incisión en el abdomen para examinar los órganos abdominales) o mini laparotomía
- Durante la cesárea: mediante corte y ligadura de las trompas
- Mini laparotomía o laparotomía propiamente tal: Generalmente después del parto o ante la sospecha de un síndrome adherencial importante (consiste en: pegaduras del aparato genital a otros órganos abdominales - intestino, vejiga...- y/o paredes abdominales) se realiza corte y ligadura de las trompas.
- Vaginal: se realiza corte y ligadura de las trompas.
- Oclusión tubárica por histeroscopia (Método Essure): Se realiza introduciendo a través del cuello del útero una lente pequeña conectada a una cámara externa que permite visualizar el interior del útero (histeroscopia). Para facilitar la realización de la técnica es necesario rellenar la cavidad uterina con líquidos (suero fisiológico). A través de este instrumento se coloca un implante en cada trompa que la obstruye. Es un método irreversible, es decir no se puede retirar este implante para recuperar la fertilidad.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Contracepción irreversible y permanente en la gran mayoría de los casos (del 99,4% - 99,8 % de los casos). Es decir la posibilidad teórica de embarazo después de realizarse la oclusión tubárica es de aproximadamente el 0,5 % de los casos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Evitará quedarse embarazada.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otros métodos de contracepción no definitivos: Métodos de barrera, anticoncepción hormonal, dispositivos intrauterinos (D.I.U.) y métodos naturales que ya habrán sido valorados junto con su médico.

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:

- Seromas (acúmulo de líquido en la herida).
- Hemorragias.
- Omalgia (dolor en el hombro).
- Por vía histeroscópica: dolor de tipo menstrual, síndrome vagal (disminución de la frecuencia cardíaca con sensación de mareo), pequeños sangrados, imposibilidad de colocación (1% - 8%) y movimiento del dispositivo.

LOS MÁS GRAVES:

- Hernias.
- Trombosis.
- Hematomas.
- Infección en el peritoneo.
- Hemorragias.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Perforación uterina en el procedimiento histeroscópico.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos 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 SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos que obligan a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrá tomar muestra para biopsia y otras necesarias 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.....