

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CONIZACIÓN 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

Esta intervención consiste en la extirpación de una porción del cuello del útero en forma de cono. Sirve para el diagnóstico o tratamiento de una posible lesión maligna, ante la aparición de una citología o una biopsia previa con diagnóstico de lesión precancerosa.

CÓMO SE REALIZA

Puede precisar de algún tipo de anestesia.

Se puede realizar con distintas técnicas como bisturí convencional, asa diatérmica o láser para extirpar del cuello del útero toda la zona sospechosa de lesión maligna.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Perderá una porción de cuello uterino.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante esta intervención se pretende la extirpación de la lesión del cuello uterino y progresión de la enfermedad.

Es muy importante realizar un seguimiento correcto después de la cirugía y haber tenido una lesión de estas características puede suponer un mayor riesgo de volver a padecerla.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otras opciones terapéuticas como son la extirpación completa del cuello del útero y posterior reparación con mucosa vaginal, o la destrucción local de la lesión con frío o calor (con esta técnica quirúrgica no se puede hacer biopsia de la lesión y realizar su análisis) o bien una histerectomía, en casos de imposibilidad técnica de abordaje vaginal o patología asociada del cuerpo uterino.

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:

- Sangrados o hemorragias que provienen del cuello del útero (de 5 a 10 de cada 100 mujeres intervenidas).
- Estrechez del cuello del útero (estenosis cervical) que puede producir molestias con la menstruación (dismenorrea) o infertilidad. En 1 a 4 de cada 100 mujeres intervenidas.
- Infecciones en 1 de cada 100 mujeres.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser poco frecuentes.

- Durante el trabajo de parto el cuello del útero no presenta los cambios esperables, lo que es producido por una fibrosis o rigidez y que es más frecuente en los conos que son más largos.
- Parto prematuro.
- Riesgo de aborto en el segundo trimestre.
- También la técnica puede fracasar y necesitar de reintervención por lesión residual.

OTROS MOTIVOS PARA LOS 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.

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.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico