

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-56

Histeroscopia Quirúrgica

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

A través de la visualización de la cavidad uterina con ópticas de pequeño calibre, permite el tratamiento de patologías intrauterinas, mediante:

- Polipectomía endometrial
- Miomectomía submucosa
- Resección de septos uterinos (malformaciones)
- Liberación de adherencias
- Ablación o reducción endometriales

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTEROSCOPIA QUIRURGICA (En qué consiste)

La Histeroscopia quirúrgica consiste en la introducción a través de la vulva y vagina, en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina de un sistema óptico provisto de un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y un sistema de distensión líquido (glicina o sorbitol, manitol). De este modo se procurarán tratar las lesiones intracavitarias bajo visión directa. La intervención precisa anestesia general o local con sedación, que será valorada por el servicio de anestesia. La pieza extirpada será sometida a estudio anatomopatológico posteriormente, siendo informada de los resultados.

RIESGOS POTENCIALES DE LA HISTEROSCOPIA QUIRURGICA

Riesgos frecuentes

Las molestias más frecuentes asociadas a esta cirugía son:

- Dolores abdominales leves, semejantes a un dolor menstrual.
- Dolores en los hombros por la irritación del nervio frénico.
- Pérdida vaginal leve.

Riesgos poco frecuentes

Las complicaciones asociadas a dichos procedimientos son infrecuentes e incluyen sin ser las únicas las siguientes:

Intraoperatorias:

- Perforación uterina: en casos excepcionales el relector podría lesionar vísceras intrabdominales (intestino, vejiga, vasos)
- Sobrecarga circulatoria, y en casos excepcionales, edema agudo del pulmón.
- Accidentes eléctricos
- Accidentes anestésicos

Necesidad de cirugía laparoscópica o laparotomía de recurso.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Las alternativas dependerán del tipo de patología a tratar y van desde el legrado uterino para el tratamiento de los pólipos y liberación de adherencias, histerectomías para el tratamiento de los miomas submucosos y metropatías hemorrágicas e histerotomías para la resección de septos y de miomas submucosos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-56

Histeroscopia Quirúrgica

Rev.04

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Histeroscopia Quirúrgica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Histeroscopia Quirúrgica.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Histeroscopia Quirúrgica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)