

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-59

Legrado Diagnóstico

Rev.03

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

Se pretende con este procedimiento, limpiar el interior de la cavidad uterina, extrayendo los restos que de la gestación anterior puedan quedar. Con ello se favorece una mejor contracción de la fibra uterina y se previenen las hemorragias y las infecciones.

CARACTERÍSTICAS DEL LEGRADO DIAGNÓSTICO (En qué consiste)

El legrado diagnóstico es una intervención quirúrgica que consiste en la toma de material endometrial y endocervical para su estudio anatómico-patológico, en los casos en que haya existido metrorragia o hemorragia uterina anormal, pudiendo tener valor terapéutico aliviando un sangrado funcional copioso y/o extirpando un pólipo endometrial.

Todo material obtenido será enviado para su estudio anatómico-patológico.

RIESGOS POTENCIALES DEL LEGRADO DIAGNÓSTICO

Riesgos frecuentes

Como procedimiento quirúrgico que es, el legrado diagnóstico lleva implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación global de cada paciente, una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto comunes como quirúrgicos.

Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas por orden de frecuencia pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...)
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
- Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna...)

Riesgos poco frecuentes

Como procedimiento quirúrgico que es, existe un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad se puede estudiar la patología endouterina mediante ecografía transvaginal, sonohisterografía, la Histeroscopia y la citología mediante distintos tipos de cepillado, si bien el diagnóstico histológico no puede ser obtenido más que a partir de la biopsia endometrial obtenida con microlegras o con las más recientes cánulas por aspiración. Para la vertiente hemostática del legrado se tienen alternativas médicas que cuando el sangrado es muy abundante son poco efectivas.

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-59

Legrado Diagnóstico

Rev.03

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)

un **Legrado Diagnóstico**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Legrado Diagnóstico**.

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 Legrado **Diagnóstico** 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)