

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-61

Miomatosis Uterina

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

Extirpación quirúrgica de los miomas uterinos, estos son tumores benignos del útero que aparecen como tendencia familiar y se ven favorecidos en su crecimiento por antecedentes personales (ej., por no haber tenido hijos) y por efecto de los estrógenos, sean del propio ovario o por preparados farmacéuticos (hormonas), y que tienden a la atrofia después de la menopausia.

### CARACTERÍSTICAS DE LA MIOMATOSIS UTERINA (En qué consiste)

Cuando producen complicaciones (anemia por menstruaciones abundantes, dolor intratable o infertilidad (por falta de embarazos o por pérdida de ellos) y en condiciones de crecimiento excesivo, puede ser necesaria su extirpación quirúrgica.

La eliminación de solamente los miomas (Miomectomía) detectados previamente por los métodos de diagnóstico, o los que se ven en la operación, no garantiza que no haya otros que puedan crecer posteriormente, y en un 25% de las miomectomizadas hay que reoperar años más tarde. En algunos de los casos en que se programa sólo la extracción de miomas, el cirujano puede verse obligado a extirpar el útero por sangrado o complicaciones operatorias, o a dejar algún remanente de mioma debido a los riesgos que produciría su extirpación.

La extirpación del útero completo (histerectomía) no tiene este riesgo de reaparición, pero la paciente queda totalmente impedida de tener más hijos.

Como es conocido que los miomas se achican después de que se terminan las menstruaciones, en algunos casos se facilita la operación al provocar una menopausia transitoria con medicamentos.

Por lo tanto, con el diagnóstico de Miomatosis uterina, según sea su tamaño, molestias, proximidad de la menopausia y deseo de preservar la fertilidad las alternativas de tratamiento son médico (vigilancia del crecimiento y tratamiento del dolor o sangrado), u operatorio (obstruir la circulación del mioma, cauterización del endometrio, miomectomía o histerectomía), cada una con ventajas y desventajas médicas y de costo.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA MIOMATOSIS UTERINA

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y anestesia, como propios de este procedimiento.

- Poco graves: sangramiento, dolor o infección local. Las complicaciones graves: hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y pueden requerir una nueva intervención
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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-61

Miomatosis Uterina

Rev. 04

**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 **Miomatosis Uterina**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Miomatosis Uterina**.

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 **Miomatosis Uterina** 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)