

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-63

Quistoma Ovárico

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

Extirpación quirúrgica del quiste, este es una colección líquida rodeada por una cápsula. Es una situación hallada frecuentemente en el ovario, y puede ser de variados orígenes, aunque su detección más frecuente es por tacto vaginal, son la ecografía y exámenes de laboratorio los que permiten evaluar su causa y evolución futura.

### CARACTERÍSTICAS DEL Nombre del procedimiento (En qué consiste)

Dependiendo si el quiste es de causa funcional, y su tamaño es pequeño, se adoptará conducta no operatoria (sólo vigilancia, o tratamiento hormonal), y en pocos casos llegará a la operación (si no desaparece en un tiempo prudente).

Si los exámenes indican un quiste benigno no tratable (endometriosis, teratoma o quiste del párrafo anterior resistente al tratamiento), es aconsejable su operación para evitar una futura complicación aguda por rotura o torsión.

En el caso de sospecha de malignidad le será indicada su pronta operación con asistencia del anatómico-patólogo que efectuará una biopsia rápida para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer.

En las afecciones benignas se suele extirpar sólo el quiste, pero por dificultad operatoria hay ocasiones en que debe sacarse todo el ovario y raras veces, también la trompa de Falopio.

Si existe cáncer se elimina el máximo de estructuras a las que éste se pueda haber extendido: ambos ovarios y trompas, útero completo, parte superior de la vagina, epiplón y ganglios colectores de esta zona, que por ser una operación más extensa implica un aumento de sus riesgos. Las biopsias son las que guiarán el tratamiento futuro si es necesaria la quimioterapia o la irradiación para, si proceden, disminuir el peligro de reaparición.

### RIESGOS POTENCIALES DEL QUISTOMA OVÁRICO

- Poco graves: sangramiento, dolor o infección local. Las complicaciones graves (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y es raro que requieran 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-63

Quistoma Ovárico

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 **Quistoma Ovárico**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Quistoma Ovárico**.

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 un **Quistoma Ovárico** 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)