

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento Quirúrgico Embarazo Ectópico

FL-CDM-64

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 del embarazo ectópico, este es un proceso que consiste en la implantación de un embarazo fuera de su lugar natural, que es el útero (el lugar más frecuente de implantación ectópica son las trompas de Falopio, pero también puede ocurrir en el ovario, cuello y/o cuerno uterino y abdomen). Esta situación puede comprometer mi salud.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EMBARAZO ECTÓPICO (En qué consiste)

Se plantean diferentes tratamientos:

Existen dos alternativas:

Apertura de la trompa y extracción del embarazo, conservando la trompa (tratamiento quirúrgico conservador) y extirpación de la trompa dañada (tratamiento radical).

La decisión entre una forma u otra, muchas veces sólo se podrá tomar en el transcurso de la cirugía al visualizar el estado de la trompa. La trompa deberá ser extirpada si se encuentra rota o en otras circunstancias de deterioro, adherencias, antecedente de otro ectópico en esa trompa, etc., por el alto riesgo de recidiva que conlleva su conservación. También servirá en la decisión el deseo de nuevos embarazos, así como la existencia de una sola trompa.

El riesgo de aparición de un nuevo ectópico tras cirugía conservadora es aproximadamente de un 15%, aunque la extirpación de la trompa no evita la probabilidad de un nuevo ectópico en la otra trompa.

El tratamiento conservador requerirá un posterior seguimiento con beta-HCG en sangre materna hasta su negativización; si ésta no se produce o el ritmo de descenso no es el adecuado, se podrá recurrir al uso de methotrexate o, si fuera necesario, a una nueva cirugía.

La cirugía puede ser realizada por laparoscopia o laparotomía.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo.

RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EMBARAZO ECTÓPICO

Complicaciones como infecciones, hematomas, lesiones viscerales y vasculares, etc.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro 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 Tratamiento Quirúrgico Embarazo Ectópico

FL-CDM-64

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)

un **Tratamiento Quirúrgico Embarazo Ectópico**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento Quirúrgico Embarazo Ectópico**.

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 **Tratamiento Quirúrgico Embarazo Ectópico** 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)

REVOCAACION:

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)