

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CÉRVIX (COLPOSCOPIA, CONIZACIÓN, CRIOCAUTERIZACIÓN DE CERVIX)

Lugar Fecha /...../

Yopor la presente dejo constancia que se me ha informado que por presentar anomalías en el estudio citológico efectuado del cervix, en mi caso particular, el médico me ha dicho que va a realizarme:

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la exploración del cérvix con un equipo denominado colposcopio, que, de acuerdo a los hallazgos obtenidos de la exploración del cérvix, se hará extirpación de las estructuras que estén afectadas por medio de la toma de biopsia o resección de una porción redondeada del cérvix en forma de cono (conización).

Dependiendo del criterio médico, también se pueden hacer cauterizaciones que consisten en una destrucción de la superficie del cérvix ya sea con sustancias químicas, con frío (crio cauterio) o calor (electro cauterización).

El procedimiento que se me efectuará, no garantiza la total identificación y/o desaparición del problema que presento, ni tampoco impide que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar dificultades residuales o complicaciones.

Entiendo que en esta, como en toda intervención quirúrgica, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos tales como: hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), que requieran para su control taponamientos vaginales temporales y/o cirugías para contenerla, infecciones, reacciones alérgicas, inadecuada cicatrización con estenosis o bien dilatación permanente del cuello uterino, lo que puede producir problemas para futuros embarazos.

Asimismo, si bien la posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, trombosis o muerte son raras, como en toda intervención quirúrgica existe un riesgo derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Entiendo que el material que se obtenga se someterá a estudio anatomopatológico posterior.

Por otra parte:

Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

Doy mi consentimiento a ser fotografiada y/o filmada antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del médico, y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales, siempre y cuando se resguarden mis datos personales.

Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado, cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgica.....

He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido, razón por la cual autorizo al Dr. y a su equipo a realizarme el procedimiento referido.

Firma del paciente:

Aclaración.....

Documento.....

Firma del Médico:

Sello:

SI EL PACIENTE ES UN MENOR / INCAPAZ COMPLETAR:

En consideración de que el paciente es un menor de años de edad / incapaz (tachar lo que no corresponda), quienes suscriben el presente, emitimos en su nombre y representación la declaración de voluntad contenida por todo lo expuesto precedentemente, prestando en consecuencia plena conformidad y aceptación a las explicaciones y consideraciones médicas detalladas, razón por la cual autorizamos la realización del procedimiento mencionado.

Firma: Aclaración:

Documento..... Parentesco:

Firma del Médico:

Aclaración del Médico: