



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTEROSCOPIA QUIRURGICA

Fecha de ingreso

Yo,, DNI
autorizo al Dr. y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los
por él seleccionados, a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos:

.....
.....
.....

La histeroscopia quirúrgica es una técnica endoscópica destinada al tratamiento de determinados procesos que afectan al útero. Esta técnica también se utiliza para tomar muestras y extirpar formaciones endometriales.

El procedimiento se realiza a través del cuello del útero permitiendo introducir ópticas y pinzas.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del plan original debido a los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico (biopsia) posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de posibles complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
- Desgarros cervicales.
- Perforación uterina.
- Hemorragia uterina.
- Infección pélvica.
- Síndrome hipo o hiperosmolar por extravasación del líquido utilizado para la expansión de la cavidad uterina

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:

.....
.....
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión



SANATORIO
OTAMENDI

de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico