



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTERECTOMIA RADICAL

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 HISTERECTOMÍA RADICAL consiste en la extirpación del útero. La histerectomía radical lleva asociada la linfadenectomía y, en ocasiones (según la edad y localización de la neoplasia), la extirpación de los anejos (trompas y ovarios). Por medio del presente documento, manifiesto entender que: La cirugía implicará como beneficio la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

He recibido información acerca de que la alternativa posible es la radioterapia u hormonoterapia.

En caso de rechazar el procedimiento existe la posibilidad que la enfermedad no se logre tratar, pudiendo implicar un eventual deterioro progresivo de mi salud e incluso el fallecimiento

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.
- Infección de la herida operatoria;
- Sangrado excesivo intra y/o postoperatorio el cual requiera transfusión de sangre;
- Cefalea post anestesia;
- Seromas y hematomas;
- Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales;
- Lesiones intestinales;
- Fístulas;
- Quemaduras;
- Lesiones vasculares o neurológicas;
- Inclusive el fallecimiento

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

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



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

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 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