

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Existen varias técnicas :

1. Drenaje de la glándula inflamada.
2. Drenaje y marsupialización de un quiste de la glándula de Bartholino, consistente en drenar y suturar la pared del quiste a la pared vestibular.
3. Extirpación de la glándula de Bartholino: disección y exéresis total de la glándula con sutura de las paredes donde estaba alojada la misma.

En mi caso, se realizará

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/ o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El principal propósito de dicha intervención es la resolución de una bartolinitis y/o extirpación de un quiste crónico de la glándula de Bartholino.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Drenaje de la glándula inflamada.
2. En caso de extirpación de la glándula, la evitación posible de recidivas posteriores.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

1. Drenaje espontáneo del absceso de la glándula de Bartholino
2. Extensión de la infección a otros niveles o incluso a hacerse la infección generalizada.
3. En caso de no extirpación de la glándula, probables recidivas.

RIESGOS FRECUENTES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes ,cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica, pueden ser:

C. INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA BARTHOLINO

1. Hematoma perineal.
2. Infección del lecho quirúrgico.
3. Cicatriz que provoque dispareunia.
4. En caso de extirpación bilateral, puede presentarse sequedad vaginal.
5. Excepcionalmente, reintervención.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

Las propias de la cirugía con su anestesia.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA