

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se trata de una intervención quirúrgica que consiste en reconstruir el periné de la forma más anatómica posible para conseguir una función muscular normal.

La intervención quirúrgica que se realice va a depender del deterioro de las diversas estructuras afectadas (vulva, vagina, músculos incluyendo el esfínter del ano, recto...etc.).

En mi caso concreto la intervención que se me realizará será.....

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Restaurar la anatomía y la función de los musculos del periné.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Si la paciente no desea operarse puede intentar un tratamiento fisioterapico en el que se pretende fortalecer los músculos de la pelvis. Es menos efectivo y se requiere un fisioterapeuta que enseñe los ejercicios de forma adecuada.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de dolor y de la calidad de vida.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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 potenciales de la intervención, pueden ser:

1. Hematoma perineal.
2. Infección de la herida quirúrgica.
3. Dolores perineales y coitalgia.

Excepcionalmente puede aparecer:

1. Incontinencia fecal.
2. Fístula recto vaginal.
3. Necesidad de reintervención quirúrgica

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

**RIESGOS FRECUENTES**

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

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

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>