

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HISTERECTOMIA RADICAL 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

La intervención 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).

La histerectomía radical suele practicarse por vía abdominal, si bien es posible realizarla también por vía vaginal o laparoscópica.

Como consecuencias la histerectomía supone la no posibilidad de tener hijos así como la ausencia de menstruaciones (ausencia de útero). La histerectomía con anexectomía bilateral (ausencia de útero y de ovarios) conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

La histerectomía radical precisa anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

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

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico, y resolución del proceso.

En su caso concreto la finalidad por la que se pretende realizar una Histerectomía radical (tipo de proceso oncológico) es

Y los beneficios potenciales de su práctica (fines curativos o paliativos) son

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que en ciertas circunstancias existen otras posibles opciones terapéuticas como sustitutivas y/o complementarias: radioterapia u hormonoterapia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento de sintomatología e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente 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. a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas).

1. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...).
2. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
3. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
4. Lesiones intestinales.
5. Fístulas.
6. Quemaduras.
7. Lesiones vasculares y neurológicas.

A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal o hernias postlaparotómicas (abdominales).

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

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención.

Complicaciones severas que requieren actitudes agresivas como, colostomías, nefrostomías... o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles.

TRANSFUSIONES: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

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

Riesgos o complicaciones presumiblemente asociadas debidas a la situación clínica (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad, inmunodeficiencia...)y /o personal del paciente son

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/Dª			
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/Dª			
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/Dª			
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