

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA 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 histeroscopia quirúrgica es una técnica endoscópica destinada al tratamiento de determinados procesos que afectan al útero.

En mi caso en particular la indicación es

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

A través de la visualización de la cavidad uterina con ópticas de pequeño calibre se permite el tratamiento de patologías intrauterinas mediante :

1. Polipectomía endometrial.
2. Miomectomía submucosa.
3. Resección de septos uterinos (malformaciones).
4. Liberación de adherencias.
5. Ablación endometrial.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Aunque actualmente el patrón oro para el tratamiento de patologías intra uterinas benignas es la histeroscopia, existen las siguientes alternativas:

1. Miomectomía - Histerectomía laparotómica o laparoscópica.
2. Legrado terapéutico.

La utilización de éstas técnicas conlleva un aumento de la morbilidad y de estancia hospitalaria.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La histeroscopia quirúrgica es una técnica mínimamente invasiva que permite la corrección de problemas como infertilidad en casos de sinequias o septos uterinos y corregir gran parte de las hemorragias uterinas condicionadas por la presencia de pólipos, miomas, etc.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

1. Aumento de tamaño y sintomatología de pólipos y miomas.
2. Riesgo de malignización de algunas tumoraciones.

RIESGOS FRECUENTES

1. 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,

C. INFORMADO DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la técnica son:

1. Imposibilidad de realización o finalización.
2. Desgarros cervicales.
3. Perforación uterina.
4. Hemorragia uterina.
5. Infección pélvica.

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

- (glicina).
1. Síndrome hiperosmolar por extravasación del producto utilizado para la expansión de la cavidad uterina
 2. Intoxicación hídrica por paso de suero fisiológico a sangre.
 3. Quemaduras accidentales, en caso de utilizar electrocirugía.
 4. Embolismos aéreos por paso de burbujas de aire a sangre.

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

CONTRAINDICACIONES

1. Infecciones vaginales ó pélvicas.
2. Embarazo.

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

C. INFORMADO DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA