

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LEGRADO EVACUADOR OBSTÉTRICO 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

Se trata de la evacuación de los restos ovulares que pueden permanecer en la cavidad uterina tras la finalización del embarazo (ya se trate de restos post-aborto o post-parto). Es una intervención quirúrgica habitualmente sencilla, de unos minutos de duración, que se realiza por vía vaginal y bajo anestesia (a valorar por el Servicio de Anestesiología). Consiste en la dilatación del cuello del útero (si es necesario) y en la extracción del material bien por aspiración, o bien con el instrumental quirúrgico apropiado.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La evacuación de los restos post-aborto o post-parto persigue el completo vaciado de la cavidad endometrial, con objeto de evitar la infección uterina y los posibles trastornos hematológicos ocasionados por la retención de esos restos. Puede ser además necesario, en el postparto inmediato, para lograr una correcta contracción uterina que permita el cese de la hemorragia puerperal.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En el caso de la persistencia de restos post-aborto, y en situaciones muy determinadas que cumplan ciertos requisitos, puede suponer alternativa al legrado el tratamiento médico con la administración intravaginal de misoprostol.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El material obtenido será sometido a estudio anatomopatológico posterior para completar el diagnóstico, siendo la paciente y/o sus familiares ó representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Este diagnóstico diferido puede conllevar tratamientos complementarios de hormonoterapia y/o quimioterapia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La retención de restos ovulares puede ocasionar una infección uterina o un trastorno de la coagulación de la sangre. En ambos casos, una evolución tórpida de estas complicaciones puede conducir a una situación de extrema gravedad, que requiera incluso de la extirpación del útero como medida para preservar la vida de la paciente.

RIESGOS FRECUENTES

Las complicaciones más frecuentes del legrado evacuador obstétrico son la persistencia de restos (que hace necesaria un segundo legrado para el completo vaciado de la cavidad), las infecciones (urinaria, de la cavidad uterina, de las trompas...), la hemorragia (con posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria) y la perforación del útero (que puede requerir de una laparoscopia/laparotomía exploradora y, en última instancia, incluso, de la extirpación uterina).

Otros riesgos potenciales son los derivados de la anestesia. Además, toda intervención quirúrgica conlleva una serie de posibles complicaciones comunes y en ocasiones graves, que pueden hacer necesario tratamientos complementarios médicos y/o quirúrgicos, y lleva implícito un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

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

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

En su caso concreto pueden aparecer, además de las complicaciones anteriormente citadas.

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones para la realización de un legrado evacuador uterino, salvo las limitaciones a una intervención quirúrgica que determine la patología de la propia paciente.

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