

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO 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

Hasta hace poco era considerado como el tratamiento standard en el embarazo ectópico, dado que resuelve el problema definitivamente y es, además, más eficiente que otros tratamientos por vía laparoscópica. Siempre que sea posible, la vía laparoscópica es preferible a la laparotomía.

Con independencia de la vía de abordaje existen dos opciones terapéuticas:

1. Salpingostomía (apertura de la trompa, sin su extirpación).

Puede realizarse por laparoscopia o por laparotomía. En un 6% de las pacientes no desaparece el embarazo tras la cirugía y necesita de otro tratamiento. No siempre se puede realizar de esta técnica, valorándose su realización durante el acto quirúrgico. La permeabilidad de la trompa es del 76%.

2. Salpinguectomía (extirpación de la trompa).

Tratamiento obligatorio en ocasiones, dado que no existe otra posibilidad terapéutica, puede realizarse por laparoscopia o laparotomía. La tasa de éxito es del 100%, aunque impide un futuro embarazo por medio de esa trompa.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Solución definitiva del Embarazo Ectópico y evitar las posibles complicaciones de su ruptura.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Actitud expectante versus Tratamiento Médico.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Solución definitiva del proceso a tratar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La posibilidad de no controlar la evolución de la gestación con la consecuente aparición de complicaciones.

RIESGOS FRECUENTES

1. Intraoperatorios
 - Hemorragias.
2. Postoperatorias:
 - Seromas.
 - Hemorragias.
 - Cistitis.
 - Irritación frénica.
 - Anemia.

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

1. Intraoperatorias: Lesión de órganos pélvicos vecinos, quemaduras producidas por bisturí eléctrico...
2. Postoperatorias: Eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelvi-peritonitis, hemorragias, perforaciones de órganos huecos tardíos.

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

Además de los riesgos anteriormente citados cada paciente presenta un riesgo añadido por la/s enfermedad/es que puede presentar en el momento de la intervención.

CONTRAINDICACIONES

No existe ninguna contraindicación absoluta para la realización de este procedimiento.

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