

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VULVECTOMÍA SIMPLE

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 parcial o total de la vulva**, es decir, labios mayores y menores, clítoris y tejidos cercanos a vagina, uretra y zona perineal.

En mi caso se me practicará una vulvectomía simple cuya indicación es

Precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia. 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.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomo-patológico 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. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se pretende con este procedimiento, la extirpación parcial o total de la vulva el fin de tratar quirúrgicamente la lesión que padece.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas: radioterapia o quimioterapia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Probable alteración posterior de las relaciones sexuales.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales o aparición de otros nuevos. Será preciso recurrir a otros procesos terapéuticos.

RIESGOS FRECUENTES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica, son:

1. Dehiscencia de las suturas de la cicatriz operatoria.
2. Infecciones urinarias o de herida quirúrgica.
3. Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).

Ocasionalmente:

C. INFORMADO DE VULVECTOMÍA SIMPLE

1. Fístulas vesicales y/o rectales.
2. Incontinencia urinaria y/o fecal.

A largo plazo podrían existir complicaciones en el ámbito sexual como:

1. Menor sensibilidad y disminución de la apetencia sexual.
2. Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.
3. Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

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

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

Como procedimiento quirúrgico que es, existe un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

El paciente advertirá de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier otra circunstancia que le separe de la normalidad y de la que tenga constancia que es portador.

La situación vital de un paciente en un momento determinado puede modificarse por diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad etc. Y ésto hace que se modifiquen los riesgos de la intervención.

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D^a			
<p>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</p>			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
<p>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</p>			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
<p>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.</p>			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA