

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CONIZACIÓN CERVICAL

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Esta intervención consiste en la extirpación de una porción del cuello del útero en forma de cono. Sirve para el diagnóstico o tratamiento de una posible lesión maligna, ante la aparición de una citología o una biopsia previa con diagnóstico de lesión precancerosa.

##### CÓMO SE REALIZA

Puede precisar de algún tipo de anestesia.

Se puede realizar con distintas técnicas como bisturí convencional, asa diatérmica o láser para extirpar del cuello del útero toda la zona sospechosa de lesión maligna.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Perderá una porción de cuello uterino.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante esta intervención se pretende la extirpación de la lesión del cuello uterino y progresión de la enfermedad.

Es muy importante realizar un seguimiento correcto después de la cirugía y haber tenido una lesión de estas características puede suponer un mayor riesgo de volver a padecerla.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otras opciones terapéuticas como son la extirpación completa del cuello del útero y posterior reparación con mucosa vaginal, o la destrucción local de la lesión con frío o calor (con esta técnica quirúrgica no se puede hacer biopsia de la lesión y realizar su análisis) o bien una histerectomía, en casos de imposibilidad técnica de abordaje vaginal o patología asociada del cuerpo uterino.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Sangrados o hemorragias que provienen del cuello del útero (de 5 a 10 de cada 100 mujeres intervenidas).
- Estrechez del cuello del útero (estenosis cervical) que puede producir molestias con la menstruación (dismenorrea) o infertilidad. En 1 a 4 de cada 100 mujeres intervenidas.
- Infecciones en 1 de cada 100 mujeres.

#### • LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser poco frecuentes.

- Durante el trabajo de parto el cuello del útero no presenta los cambios esperables, lo que es producido por una fibrosis o rigidez y que es más frecuente en los conos que son más largos.
- Parto prematuro.
- Riesgo de aborto en el segundo trimestre.
- También la técnica puede fracasar y necesitar de reintervención por lesión residual.

### OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico