

## 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 HISTERECTOMIA RADICAL

---

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

La histerectomía radical consiste en la extirpación del útero, de los ligamentos que lo sujetan a la pared (parametrio), de ambas trompas y de los ganglios de la pelvis. En ocasiones, según la edad de la paciente y la patología, tienen que extirparse también los ovarios.

##### CÓMO SE REALIZA

Esta intervención, precisa anestesia, la que será definida por el anestesista y suele realizarse a través de un corte en el abdomen. También es posible realizarla vía vaginal o por laparoscopia

(procedimiento por el que se inserta una videocámara diminuta que permite visualizar los contenidos del abdomen y de la pelvis).

Todo lo que se extirpe se enviará al servicio de Anatomía Patológica para obtener un diagnóstico definitivo.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La extirpación de los ovarios en una paciente con menstruaciones implica la aparición de la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Esta cirugía puede plantearse como un único tratamiento, o como paso previo a otros tratamientos complementarios: radioterapia, hormonoterapia o quimioterapia.

#### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Además de la histerectomía radical, en su caso existen otras posibilidades como la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

#### 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.

##### • LAS MÁS FRECUENTES:

- Las complicaciones más frecuentes pueden ser: infecciones, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), lesiones de vejiga, uréter o uretra.
- Con menor frecuencia pueden ocurrir: lesiones intestinales, fístulas, quemaduras, lesiones vasculares y neurológicas. A largo plazo podrían existir descensos de la vagina o hernias de la pared abdominal.
- Incontinencia

##### • LAS MÁS GRAVES:

- Fallecimiento intra o postoperatorio, hemorragias importantes, y lesiones de los vasos sanguíneos o de los nervios.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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**

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

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderados

\_\_\_\_\_  
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 de paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico