

Documento de Consentimiento Informado**“COLPECTOMÍA PARCIAL O TOTAL”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

La colpectomía parcial o total, consiste en la extirpación de parte o de la totalidad de la vagina en la que se encuentra la lesión incluyendo, en los casos que sea necesario, tejido sano circundante a la misma.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Tipo de procedimiento:** puede tener tanto finalidad diagnóstica como terapéutica. Siendo necesario, en ocasiones, la colaboración de otros especialistas como urología, cirugía general y digestiva, para una correcta exéresis.
- **Vías de abordaje quirúrgico:**
 - Laparoscopia convencional.
 - Cirugía Robótica.
 - Vaginal.
 - Laparotomía.

Esta intervención precisa anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará afectará a:

.....

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

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Varían en función del tamaño y el área afectada. Fundamentalmente condiciona una alteración en la funcionalidad de la vagina con pérdida de distensibilidad, retracción y aparición de dolor durante el coito. En caso de precisar colpectomía total implicaría la imposibilidad de relaciones sexuales vaginales. El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.

RIESGOS GENERALES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como a otros específicos del procedimiento.

Las complicaciones puede aparecer en el mismo acto quirúrgico, en el periodo inmediato o a medio o largo plazo.

Frecuentes

Dehiscencia de la herida quirúrgica con aumento del flujo vaginal. Infección de la herida quirúrgica. Infección urinaria principalmente si precisa sondaje vesical mantenido en el tiempo.

Infrecuentes

Herniación o prolapso de pared vaginal. Ewentración. Hemorragia que precise reintervención y/o transfusión sanguínea (intra o postoperatoria). Lesiones vasculares, nerviosas, vesicales ureterales o rectales; fístulas vesicales y/o rectales; trastornos en la micción y/o evacuación digestiva.

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

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

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

También autorizo a que se hagan fotos o videos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

ALTERNATIVAS

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como el tratamiento radioterápico con sus complicaciones.

Apellidos y nombre de la **paciente**

.....

DNI de la **paciente**

.....

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

.....

DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones **y me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento