

Documento de Consentimiento Informado**“HISTERECTOMÍA + DOBLE ANEXECTOMÍA + LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL + LINFADENECTOMÍA PARAAÓRTICA + OMENTECTOMÍA”**

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

Se trata de extirpar el útero y los anejos, es decir, trompas de Falopio y ovarios ; los ganglios linfáticos de las cadenas pélvicas y/o paraaórticas, así como el omento o epiplón.

En mi caso la indicación quirúrgica es:

.....

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La histerectomía consiste en la extirpación del útero, asimismo puede llevar asociado la extirpación de los anejos (ovarios y trompas). Se puede practicar por vía laparoscópica, vaginal o laparotómica.

En mi caso se practicará preferentemente por vía:.....

.....

La linfadenectomía consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos que se encuentran situados en las cadenas pélvicas y/o paraaórticas, en ocasiones se debe realizar para valorar la extensión de la enfermedad.

La omentectomía consiste en la extirpación del omento o epiplón. Se puede practicar por vía laparoscópica o laparotómica.

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

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

La histerectomía supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en la mujer joven, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

RIESGOS GENERALES

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

• **Complicaciones de la intervención:**

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de cicatriz quirúrgica, pulmonares, pélvicas, etc.).
- b. Hemorragias que precisen reintervención quirúrgica y/o transfusión sanguínea (intra o postoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
- d. Lesiones intestinales.
- e. Fístulas.
- f. Lesiones vasculares y/o neurológicas.
- g. Linfocelos y/o linfoquistes.
- h. Linforrea vaginal.
- i. Ascitis quillosa.
- j. Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar.

- **Complicaciones a largo plazo:** prolapsos (descenso) de órganos pélvicos, así como hernias abdominales. Linfedema de miembros inferiores.

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

.....
.....

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Todas las piezas operatorias o materiales extirpados serán enviados 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 vídeos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

ALTERNATIVAS

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

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