

Documento de Consentimiento Informado
“HISTERECTOMÍA Y DOBLE ANEXECTOMÍA”

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 o matriz y los anejos, es decir, trompas de Falopio y ovarios.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (histerectomía total o subtotal), Lleva asociada la extirpación de los anejos (anexectomía uni o bilateral -ovarios y trompas-).

La histerectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal, laparoscópica y mixta.

En mi caso la indicación quirúrgica es:

.....

En mi caso se practicará preferentemente por vía:

.....

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 mujer joven, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

RIESGOS GENERALES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la histerectomía, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...).
- b. Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o posoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
- d. Lesiones intestinales.
- e. Fístulas vesicovaginales e intestinales.

- f. Reintervención quirúrgica.
- g. Lesiones vasculares y/o neurológicas.

A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias postlaparotómicas (abdominales).

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

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.

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

.....
.....

Es necesario, por parte de la paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de los riesgos o complicaciones.

ALTERNATIVAS

Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas, por ejemplo: miomectomía para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para hemorragias y endometriosis...

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