

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **Aclaraciones precedentes**

Téngase en cuenta la normativa de estricto cumplimiento exigido por ley N° 26.130, que dictamina lo siguiente:

1. Como requisito esencial, están autorizadas a consentir las personas **capaces y mayores de edad** que brinden su consentimiento expreso y previo inexcusable.
2. Como excepción, en caso de personas con incapacidad declarada judicialmente, **es requisito ineludible la autorización judicial** solicitada por su representante legal.
3. Debe dejarse constancia en la historia clínica de que se brindó la información pertinente.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico presuntivo, como así también los objetivos, alcances, características, consecuencias y riesgos esperados del tratamiento, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo quirúrgico a realizar la intervención referida en el encabezado de la presente, la cual se realizará por vía

**CONVENCIONAL/LAPAROSCÓPICA (tachar la que NO corresponde)** en esta institución.

- 2) Se me ha explicado en términos claros y sencillos que la ligadura de trompas es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, de manera tal que quede cerrado la unión de los espermatozoides con los óvulos. Con este procedimiento se elimina casi totalmente la posibilidad de embarazo, dando como resultado una esterilidad casi irreversible, sin que medien técnicas de reproducción asistida y/o cirugía plástica tubaria, que asimismo no garantizan la fertilidad.
- 3) El procedimiento quirúrgico me ha sido totalmente explicado por el médico, por lo que no tengo ninguna duda de que quiero poner fin a mi fertilidad; entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos o eventuales complicaciones que pudiesen sobrevenir con motivo de la intervención.
- 4) Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos también me han sido específicamente aclarados:
  - a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - b) La ligadura de trompas es un procedimiento voluntario, por lo que no tengo ninguna obligación o necesidad terapéutica de optar por esa práctica, pudiendo apelar a otras alternativas anticonceptivas no definitivas, como los siguientes: Profilácticos, hormonales, dispositivo intrauterino, etc. Se me han explicado las características y alcances de cada uno de esos métodos, y sus diversas variantes.
  - c) Que también existe un método quirúrgico de anticoncepción definitiva para el varón, llamado vasectomía.
  - d) Que siendo la ligadura de trompas un método muy efectivo de planificación familiar, su efectividad no es del 100%, ya que en ciertas ocasiones puede producirse un nuevo embarazo a pesar de que la intervención quirúrgica se realice con una técnica y táctica correcta.

- e) La ligadura de trompas no previene el contagio del virus del SIDA ni el de ninguna otra enfermedad de transmisión sexual.
- 5) Las principales complicaciones que pueden originarse durante o luego de la ligadura de trompas son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con la situación vital del paciente, como asimismo las descriptas por la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: hemorragias, lesión de órganos vecinos (vías urinarias e intestino), seromas, infecciones de la herida o de la pelvis en general, fístulas, adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal), discomfort posoperatorio como consecuencia del neumoperitoneo (en técnica laparoscópica), fallo en la ligadura de trompas
- 6) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados}. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 7) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 8) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 9) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 10) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 11) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

## **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_