



SANATORIO MODELO S.A.

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente:

Nombre del Familiares o Tercero:

Nombre del médico tratante:

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, terapéutico o intervención siguiente:

Histerectomía Radical

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.

1. La existencia de otras posibles opciones terapéuticas: Radioterapia u Hormonoterapia. En mi caso se me practicará una Histerectomía radical cuya indicación es conveniente.
2. La Histerectomía radical precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.
3. La Histerectomía radical sólo se puede practicar por vía abdominal. La intervención consiste en la extirpación del útero con cuello, lo que supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía radical lleva asociada la extirpación de en algunos casos (ovarios y trompas) linfadenectomía pélvica bilateral y exploración de ganglios paraórticos.
4. Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviada para completar el estudio anatomopatológico.
5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas)
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
- c) Lesiones vesicales, uretrales y/o uretrales
- d) Lesiones intestinales
- e) Fístulas urinarias o intestinales
- f) Tromboembolismo de pulmón
- g) Trombosis venosa profunda

A largo plazo podría existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal o hernias postlaparotómicas (abdominales). Disfunciones de la micción y evacuación intestinal. Seroleses. Alteraciones transitorias, sensibilidad en los miembros inferiores.

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



SANATORIO MODELO S.A.

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

Documento de Información y Consentimiento

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:

.....

.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha: [Haga clic aquí y escriba la fecha]

Firma del paciente:

Negativa a recibir información: Firma:

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Negativa a recibir información: Firma: