



**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 de los familiares / terceros.....

Nombre del médico tratante.....

## SERVICIO DE OBSTETRICIA

### EVACUACION DE HUEVO O FETO MUERTO Y RETENIDO

#### Y/O RESTOS OVULARES O PLACENTARIOS

En determinadas circunstancias el producto de la concepción muerto puede retenerse completamente o parcialmente en la cavidad uterina.

Se que cuando es retenido integralmente puede no haber sangrado genital o ser escaso y otras veces y especialmente si el producto de la concepción o sus restos son expulsados parcialmente el sangrado puede ser abundante con riesgos para mi salud o vida, aunque en ocasiones el mismo puede ser escaso.

Se también que cuando no hay sangrado, pero se sospecha que hay retención de productos de la concepción cabe la posibilidad de que se me administren sustancias que estimulen las contracciones uterinas, y así intentar la expulsión total o parcial del huevo/feto y/o restos ovulares o placentarios en un tiempo variable de días o semanas.

Se me informó que una hemorragia genital, en estas circunstancias, es imprevisible en su momento de aparición y así como la cantidad de sangre que se pierde.

El médico informante me dijo que cuando la hemorragia es abundante es imprescindible evacuar rápidamente a cavidad uterina practicando lo que quirúrgicamente se denomina **Raspado evacuador**, que consiste en un raspado de la cavidad uterina con un instrumento llamado cureta, haciendo salir a través del cuello uterino los tejidos que la ocupan. Este procedimiento es una intervención quirúrgica.

Se me informó que como así todas las intervenciones quirúrgicas es efectuada con anestesia general y como se trata de una hemorragia podría ser necesaria la administración de sangre y/o derivados de la sangre.

Se me explicó que es un procedimiento ciego, ya que no es posible ver el interior de la cavidad uterina, y que excepcionalmente, el útero puede ser perforado por el instrumental y ello puede ser motivo de una operación abdominal cuya complejidad es imprevisible, Por otro lado el hecho de no poder ver el interior de la cavidad hace que en raras ocasiones (fundamentalmente en úteros muy grandes y/o irregulares) puedan quedar tejidos que necesiten ser extraídos con un nuevo raspado.

Fui informada que si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto el equipo médico podrá variar la estrategia utilizando el tratamiento médico y/o quirúrgico que considere mas adecuado para solucionar el imprevisto.

El médico informante me comunicó que la hemorragia, la perforación, la infección, todos en forma excepcional, son complicaciones inmediatas del raspado evacuador y que en forma mediata el raspado evacuador podría originar secuelas tales como sinequias uterinas (adherencia parcial o total de las paredes de la cavidad uterina) obstrucción de trompas, incompetencia del cuello para retener futuras gestaciones.

También me informó que mi riesgo específico es.....



**SANATORIO MODELO S.A.**

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

## Documento de Información y Consentimiento

.....con motivo de.....

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

También manifiesto que en cualquier momento sin 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 de la evacuación del **huevo feto muerto y retenido y/o ovulares o placentarias** ( tachar lo que NO es) intentando realizarlo con SUSTANCIA OCITOCICAS – RAPADO EVACUADOR – SUSTANCIAS OCITOCICAS MAS RASPADO EVACUADOR – SUSANCIAS OCITOCICAS y si fuera necesario complementar con RASPADO EVACUADOR ( **tachar lo no consentido**)

Fecha:.....

Firma de la paciente:.....Negativa a recibir información

Firma:.....

Firma del familiar o allegado .....Negativa a recibir información

Firma:.....

Firma y sello del médico:.....