

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE COLPOSCOPIA Y BIOPSIA**

**LA COLPOSCOPIA** Es un examen sencillo del cuello, vagina y vulva, similar a la toma de citología cervicovaginal, donde se realiza observación con un microscopio especial llamado colposcopio que permite visualizar lesiones y los cambios ocurridos en el cuello del útero. Su indicación más frecuente es cuando hay un reporte de citología que requiere complementación diagnóstica. Para ayudarnos durante este examen se utilizan sustancias que facilitan el reconocimiento de estas lesiones. Cuando el ginecólogo visualiza las lesiones sospechosas procede a tomar una muestra pequeña (biopsia) para posteriormente ser analizado por un patólogo. Normalmente puede presentar sangrado y dolor durante el procedimiento.

En la **BIOPSIA** se realiza una intervención consistente en la extirpación de un fragmento de tejido, con fines diagnósticos y/o terapéuticos. En mi caso concreto la biopsia se hará de cuello uterino. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) 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 biopsia más frecuentes son: Hemorragia (inmediata o tardía), Infección, Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras distales), Excepcionalmente reacción vagal con lipotimia, Reacción alérgica al anestésico local. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

3. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como Sangrado vaginal.

4. Cuidados: Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

5. Anestesia: Lo habitual será utilizar anestesia local. En ciertos casos no es preciso administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorada bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.

6. Anatomía Patológica: El tejido extirpado en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso. 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. 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. Y en tales condiciones

## DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo Benita Olarte Culaca, identificado (a) con DNI ( X ), C.E. (    ), Pasaporte (    ) N° 06671102. Historia Clínica N°   , con el Diagnóstico: Pvu positivo

### Declaro:

Que el Médico Adelaida Castro Ruiz con CMP N° 31142 y RNE N° 24359, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido a mi diagnóstico la realización de: **(Procedimiento /Cirugía)** Biopsia Cervix sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para (Procedimiento /Cirugía)** Biopsia Cervix

Benita Olarte



Huella Digital

Barranco 9 de 5 del 2022

Adelaida Castro Ruiz

Firma del paciente o Representante Legal

Firma del Médico

Responsable

Nombre

DNI N° 06671102

CMP N° 31142

RNE N° 24359

Firma del Testigo

Nombre

DNI N°

## REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo   , identificado (a) con DNI (    ), C.E. (    ), Pasaporte (    ) N°   , Historia Clínica N°   , de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha    para la realización de    y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

Barranco,    de    del 20  

Firma del paciente o Representante Legal

Nombre

DNI N°

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N°

RNE N°