

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 Cervix - Postcolposcopia. 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 dístales), 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 por Biopsia.

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 Maria Nery Buz Chancafi, identificado (a) con DNI (X), C.E. (), Pasaporte () N° 16789436 Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: Cervicitis

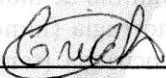

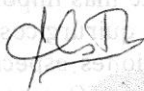
Declaro:

Que el Médico Adelaida Castro Tejer con CMP N° 31142 y RNE N° 24359, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido a mi diagnóstico la realización de: **(Procedimiento /Cirugía)** Colposcopia - 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)

Barranco 18 de 3 del 20 22

		
Firma del paciente o Representante Legal	Huella Digital	Firma del Médico
Responsable		
Nombre _____		CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____

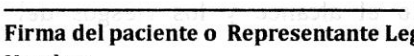
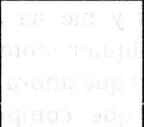
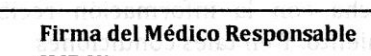
Firma del Testigo

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	Huella Digital	Firma del Médico Responsable
Nombre _____		CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____

