

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	LEGRADO UTERINO
Página <b>17</b> de <b>37</b>	09

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) me realice LEGRADO UTERINO por presentar

\_\_\_\_\_  
Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en limpiar la cavidad endometrial (parte interna del útero o matriz) por vía vaginal a través del cuello uterino. A veces es necesario un segundo legrado para completar esta evacuación sobre todo en los casos de aborto retenido. La intervención consiste en dilatar el cuello uterino (algunas veces no hay necesidad de dilatar por encontrarse el cuello ya entreabierto) y la extracción de restos ovulares o endometriales con pinzas, legros romas y cortantes o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocar el día anterior a la evacuación tallos de laminaria para lograr dilatación cervical progresiva o la aplicación de oxitocina o sustancias prostaglandínicas.

Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independiente del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, tales como: infecciones (urinarias, uterinas, de las trompas...), hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o posoperatoria, perforación de útero, persistencia de restos, abscesos, dolor pélvico, adherencias (pélvicas o intrauterinas). También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como infertilidad, infecundidad, pelvi peritonitis, trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

\_\_\_\_\_

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	LEGRADO UTERINO
Página <b>18</b> de <b>37</b>	09

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior en:

\_\_\_\_\_ siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

He entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice LEGRADO UTERINO.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_