

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA DE RELAJACIÓN DE PISO PÉLVICO
Página 7 de 37	04

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a) _____ como cirujano (a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen CIRUGÍA PARA RELAJACIÓN DEL PISO PÉLVICO como tratamiento para prolapso vaginal.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la reconstrucción del piso pélvico que incluye tratamiento del descenso de vejiga y recto y/o lesión preexistente en vulva, vagina y periné. Esta cirugía se puede realizar toda vía vaginal, vía abdominal o en forma combinada abdominal y vaginal.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos como: pesarios, ejercicio y medicamentos para aliviar los síntomas los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: náuseas, vómito, dolor, inflamación, granulomas en vagina (reacción a cuerpo extraño o sutura), hematomas, cistitis, retención urinaria (imposibilidad para orinar), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (abscesos, urinarias, de pared abdominal), reacciones alérgicas, anemia, heridas o lesiones involuntarias en vejiga, recto u otros órganos, fistulas (escape involuntario de orina o materia fecal por la vagina), defectos de cicatrización que pueden producir estrechamientos vulvovaginales, dispareunia (dolor con las relaciones sexuales), persistencia de la incontinencia urinaria y de los prolapsos (descensos). También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, septicemia (infección generalizada), trombosis o muerte, 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.

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA DE RELAJACIÓN DE PISO PÉLVICO
Página 8 de 37	04

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

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y 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 CIRUGÍA PARA RELAJACIÓN DE PISO PÉLVICO.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____