

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Art.15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La Paciente deaños

Con CC N°:..... de

y/o el señor/señoraidentificado

Con CC N° de

en calidad de representante legal; familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor:.....identificado con CC N°..... de; Ginecólogo Obstetra Con R.M. N°:..... Me ha suministrado la siguiente información sobre la LIGADURA DE TROMPAS:

1. La intervención de ligadura de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o mini laparotomía), por laparoscopia o inusualmente por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstétrico-ginecológico lo más frecuente acompañando a una cesárea.
3. En mi caso concreto se realizara por
4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce un nuevo embarazo que es del 0,5 - 1%
5. Existen otros métodos de planificación familiar: Condón; hormonales; dispositivo intrauterino.
6. Esta Técnica requiere anestesia, que será valorada y realizada por el Servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

8. En este tipo de cirugías pueden aparecer principalmente las siguientes complicaciones:
Intraoperatorias: Hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
Postoperatorias: Hematomas superficiales sobre la cicatriz o intra abdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico; eventración (abertura de pared abdominal).
9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba **SI** ó **NO** en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto

También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución política nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

ACEPTO

Que se me realice la LIGADURA DE TROMPAS.

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico:

Ciudad y Fecha