

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO

PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: CC - TI - OTRA _____ EXPEDIDA EN _____

DECLARO QUE EL DOCTOR _____

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a una:

CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO

INDICACIÓN(ES):

.....
.....
.....
.....

- El principal propósito de la CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO es obtener una muestra amplia del tejido cervical para:
 - **DIAGNÓSTICO:** Su estudio histológico proporciona, en aquellos casos en los que se requiere, una mayor precisión en relación con patologías cervicales.
 - **TRATAMIENTO:** Cuando su extirpación es terapéutica para patologías cervicales localizadas.
- La CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.
- La CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO sólo se puede practicar por vía vaginal y consiste en la resección de una muestra cervical para su estudio anatomopatológico.
- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Las complicaciones de la intervención quirúrgica por orden de frecuencia pueden ser:
 - Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
 - Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
 - Lesiones de vejiga o recto. (sobre todo en cérvix atróficos)

- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

CONSIENTO que se me realice una CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

LUGAR Y FECHA, _____

EL MÉDICO _____

LA PACIENTE _____

Fdo. El representante legal, familiar o allegado

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

LUGAR Y FECHA, _____

EL MÉDICO _____

LA PACIENTE _____

Fdo. El representante legal, familiar o allegado
