

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: CC - TI Nro. _____ EXPEDIDA EN _____

DECLARO que el doctor _____ me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una: **HISTERECTOMIA ABDOMINAL**

INDICACIÓN (ES):

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

- La histerectomía puede realizarse por vía abdominal o por vía vaginal. En mi caso se practicará por vía abdominal en consideración con las indicaciones que motivan el procedimiento.
- La histerectomía abdominal precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.
- La intervención consiste en la extirpación del útero con o sin cuello (cérvix), lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. Puede llevar asociada la extirpación de los anexos -ovarios y trompas - (Anexohisterectomía), según edad, patología asociada y criterio medio en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica y/o voluntad de la paciente.
- La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo informada de los resultados.
- 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:
 - a) Infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...) con evolución febril y posibilidad de originar colecciones purulentas (abscesos).
 - b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).

Eventualmente puede ser necesaria la reintervención para hacer hemostasia de estructuras sangrantes.

- c) Lesiones de las vías urinarias (vesicales, ureterales y/o uretrales).
- d) Lesiones Intestinales.
- e) Fístulas (Comunicaciones anormales entre diferentes órganos pélvicos)

- A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal o hernias postlaparotómicas (abdominales), así como patología de ovarios residuales cuando se conservan los anexos.
- 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 **HISTERECTOMIA ABDOMINAL**

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
