

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### HISTERECTOMIA VAGINAL MAS COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR

PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN: CC - TI - OTRA \_\_\_\_\_ EXPEDIDA EN \_\_\_\_\_

#### DECLARO QUE EL DOCTOR

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

#### HISTERECTOMIA VAGINAL MAS COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR

INDICACIÓN(ES):

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

- La histerectomía precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.
- La histerectomía se puede practicar por vía vaginal o abdominal. En mi caso se practicará por vía VAGINAL
- La Intervención consiste en la extirpación del útero con el cuello y de ser necesario, el refuerzo del piso pélvico tanto en la pared anterior, como en la posterior de la vagina. De esta manera se supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones.
- La histerectomía vaginal no contempla la extirpación de los anexos (ovarios y trompas)
- 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 serías 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 con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...)
  - b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (Intra o postoperatoria).
  - c) Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
  - d) Lesiones intestinales
  - e) Fístulas

- A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, 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 VAGINAL MAS COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR**

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

\_\_\_\_\_