

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO UTERINO BIOPSI DIAGNOSTICO

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 de años

CC N°: de

Y/o El Señor/señora

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: Me ha explicado la siguiente información sobre el **LEGRADO UTERINO BIOPSI
DIAGNOSTICO**

1. El principal propósito del legrado uterino biopsico diagnóstico es obtener muestras de tejido endocervical y/o endometrial para su estudio histológico y así saber si existe un cáncer de endometrio, polipo o trastorno funcional del tejido endometrial, del cuello del útero, o alguna otra entidad patológica de riesgo. Sin embargo, a veces puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente un sangrado uterino anormal y/o extirpar un pólipo endocervical, endometrial o un mioma submucoso.
2. Solo puede ser realizado por vía vaginal tomando material del endocervix (parte interna del cuello del útero) y del endometrio (parte interna del cuerpo del útero)
3. De manera expresa autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico (escriba SI ó NO en el espacio en blanco)
4. El legrado diagnóstico requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesiología.
5. 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, anestesia o por la situación vital de cada paciente tales como: *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.

6. Las complicaciones propias de esta intervención son:
- Perforación del útero o Fondos de sacos vaginales (principalmente en: mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atróficos, úteros en retroversoflexión, obliteraciones del orificio cervical externo, pacientes con antecedentes de cirugías sobre el cuello o vagina, o en entidades malignas)
 - Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o Histerectomía (exéresis del útero.)
 - Infecciones pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales)
 - Desgarros de cuello uterino.
 - Formación post legrado de sinequias (adherencias entre las paredes del útero)

En algunos casos, existe imposibilidad para la toma de muestras (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico con obliteraciones del orificio cervical externo o en pacientes con antecedentes de procedimientos o cirugías sobre el cuello o vagina)

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba **SI** ó **NO** en el espacio en blanco punteado
 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 solicitar la revocación de 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 explicados.
 Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice un **LEGRADO UTERINO BIOPSIICO DIAGNOSTICO.**

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y Fecha