

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEO HISTEROSCOPIA GINECOLOGICA

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 siguientes espacios en blanco.

La paciente de años

CC N°: de

Y/o señor/señora CC N°

En calidad de representante legal; Familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor:..... identificado con CC N" de; Ginecólogo Obstetra con R.M. me ha informado que es necesario/conveniente realizar. por mi situación actual, una VIDEO-HISTEROSCOPIA, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La Video-Histeroscopia consiste en ingresar a la cavidad uterina a través del cuello del útero con instrumental especial (histeroscopia), visualizando su parte interna por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión líquidos o gaseosos. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de histeroscopia que podrá ser:
 - Video-histeroscopia diagnóstica
 - Video-histeroscopia diagnóstico -quirúrgica
 - Video-histeroscopia quirúrgica

En mi caso concreto el planteamiento inicial es una

ante la sospecha diagnóstica de

Según los hallazgos, autorizo plenamente al Doctor para que se me realice alguna de las siguientes intervenciones o las que el considere necesarias

- Solo informe diagnóstico()
- Extirpación de masas intrauterinas como pólipos o miomas con compromiso submucoso()
- Lisis de adherencias intrauterinas o sinequias ()
- Resección de septos uterinos en anomalías uterinas congénitas ()
- Ablación endometrial ()
- Retiro de Dispositivo intrauterino()
- Tomas biópsicas de endometrio()
- Otras

2. De manera expresaautorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba **SÍ** ó **NO** en el espacio en blanco punteado)

3. No obstante la extirpación de un pólipo, mioma submucosos o la lisis de adherencias es posible que en un futuro puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la sintomatología.

4. La Histeroscopia requiere anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
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, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: *hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas, alergias previas*. 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:
 - *Hemorragias intra o postoperatoria* (con la posible necesidad de transfusión)
 - *Neumoperitoneo*
 - *Perforación uterina*
 - *Intoxicación hídrica*
 - *Lesión de órganos vecinos principalmente intestinos y vejiga*
 - *Edema pulmonar*
 - *Embolismos aéreos*
 - *Infecciones pélvicas* (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales)
7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (*pasar a una Laparotomía o cirugía a "cielo abierto" convencional*) prevista de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida.

Escriba **SÍ** 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, 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 una **HISTEROSCOPIA**

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y Fecha