

CONSENTIMIENTO PARA LEGRADO EVACUADOR O DIAGNÓSTICO

Ciudad y Fecha:/...../20.....

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos de mi afección o patología, y lo objetivos, alcances, características y consecuencias del procedimiento, por la presente autorizo al **Dr./a**, y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como **LEGRADOEVACUADOR/DIAGNÓSTICO** (**Tachar lo que no corresponda**), que se realizará en

2. Se me ha informado que el legrado evacuador es un procedimiento mediante el cual se realiza la limpieza de restos ovulares en la cavidad uterina, presentes luego de un aborto espontáneo o provocado (terapéutico o no).

Asimismo se me ha explicitado que el legrado diagnóstico es aquel que se realiza con el fin de obtener muestras de tejido endometrial y/o endocervical para su estudio histológico, en aquellos casos en que ha existido una sangrado vaginal anormal. Ambos tipos de legrado sólo pueden ser efectuados por vía vaginal. En ambos casos la intervención consiste en la dilatación del cuello uterino, de modo de poder o bien retirar los restos ovulares (con pinzas, curetas y/o aspirado), o bien tomar material endometrial y endocervical para su estudio anatomopatológico.

3. El procedimiento me ha sido totalmente explicado, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

3.1. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse por esta intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

3.1.1. Perforación uterina.

3.1.2. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.

3.1.3. Perforación intestinal.

3.1.4. Fístulas vesicovaginales, intestinales y otras.

3.1.5. Endometritis.

3.1.6. Salpingitis.

3.1.7. Bridas o adherencias.

3.1.8. Infertilidad.

3.1.9. Hemorragias.

3.1.10. Persistencia de restos y o toma de material insuficiente.

4. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-----

6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará

anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 inc. g) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento, y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer:

8.1 Legrado evacuador: endometritis, necrosis uterina, hemorragia incoercible, riesgo de histerectomía, sepsis, falla multiorgánica, óbito.

8.2 Legrado Diagnóstico: anemia, ginecorragia persistente, dolor pelviano, dispareunia, retraso diagnóstico y avance de patología tumoral.

9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

11. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico/a a:

12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

Firma de la paciente:

Aclaración:.....

Documento:

SI LA PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono:Teléfono:

Domicilio:Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: