

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSCOPIA

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,..... con diagnóstico presuntivode....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos del mismo, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar un procedimiento conocido como **HISTEROSCOPIA**, que se realizará.....**2.** La **histeroscopia** es una técnica que permite el diagnóstico y tratamiento de patología intrauterina. Se realiza mediante la introducción a través de la vulva, la vagina y el cuello del útero de un sistema óptico provisto de un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y un sistema de distensión de líquido (glicina, sorbitol, solución fisiológica). Puede realizarse tanto en forma ambulatoria (en este caso normalmente sin anestesia) o en quirófano (con anestesia).**3.** Durante la realización del procedimiento, el cual se efectúa en forma ambulatoria, es habitual que se presenten molestias parecidas a una menstruación y una sensación de hinchazón en el abdomen. Si durante su realización se utiliza energía eléctrica (electrobisturí) se puede sentir pequeños calambres y sensación de mareo. Es normal que luego del procedimiento se presente una pequeña hemorragia.**4.** El objetivo de la histeroscopia es doble. Por un lado permite la obtención de información sobre el aspecto de la cavidad uterina y el endometrio así como de las lesiones que se pueden observar en su interior. Por otro lado permite en el mismo acto el tratamiento de patologías intrauterinas como: extracción de pólipos, miomectomías subcutáneas, recepción de septos uterinos (malformaciones), liberación de adherencias y ablación o reducción endometriales entre otras.**5.** El procedimiento enunciado en el punto 1.- me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de la misma. 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:

5.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de tratamiento son los propios de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:

5.1.1 **Frecuentes:** Imposibilidad de realizar el procedimiento por estrechamiento del canal uterino, dolor, hemorragia, omalgia (dolor de hombro)5.1.2 **Menos frecuentes:** Disminución de la frecuencia cardíaca con sensación de mareo (reacción vagal), dolor precordial, infecciones ginecológicas, estrechamiento del cuello del útero, engrosamiento del útero, lesión de órganos vecinos, perforación uterina, formación de falsas vías.5.1.3 **Infrecuentes pero Graves:** Embolia gaseosa, sobrecarga circulatoria con edema agudo de pulmón.**6.** Se me ha aclarado que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/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.-**7.** 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.-

8. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) 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.

9. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su

realización presento un alto riesgo de padecer:.....

.....
10. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme que las mismas dependerán del tipo de patología a tratar y van desde el legrado uterino para el tratamiento de los pólipos y liberación de adherencias, histerectomía para el tratamiento de los miomas submucosos y metropatías hemorrágicas e hysterotomías para la resección de septos y de miomas submucosos.

11. 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.-

12. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el procedimiento, 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.-

13. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:.....

14. 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 el procedimiento, 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.-

15. 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.

16. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro 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 lo integran, 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: