

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONIZACIÓN CERVICAL

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)



DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una CONIZACIÓN CERVICAL.

1. Se trata de una intervención quirúrgica consistente en la **extirpación de una parte del cuello del útero** en forma de cono, y cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

En mi caso concreto el motivo es

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** 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 posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas potenciales de la intervención son: hemorragia (inmediata o tardía), estenosis cervical, cuello uterino incompetente, extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos, lesión residual y lesión de novo), quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía, y excepcionalmente, perforación uterina.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. **Alternativas:** Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.

La conización puede efectuarse con bisturí, con láser o con asa electroquirúrgica.

En mi situación se efectuará mediante

5. **Cuidados:** Me han sido explicadas las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

6. **Anestesia:** El procedimiento se puede realizar con anestesia local o general, dependiendo de los casos. Si fuera anestesia general, se valorará bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

7. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

8. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, **puede ser necesario completar esta intervención** con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

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 quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una CONIZACIÓN CERVICAL.

En
(LUGAR Y FECHA)



Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN y DNI N°

DON/DÑA: DE AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN y DNI N°

EN CALIDAD DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)