



Documento de Consentimiento Informado
“CONIZACIÓN”

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

El objetivo de la conización es la extirpación de una lesión que pudiera tener cierta capacidad para evolucionar a un carcinoma, conocida como SIL/CIN y localizada a nivel del cuello de su útero. La finalidad de dicha intervención puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La conización es un tipo de intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la parte más externa del cuello del útero o matriz, en forma de cono.

Para realizar esta cirugía se acostumbra a utilizar un bisturí eléctrico especial en forma de asa, si bien también se puede utilizar otro tipo de instrumental como láser o bisturí.

Normalmente este tratamiento se realiza en consultas externas/gabinete quirúrgico, en posición ginecológica y previa administración de anestésico local. En determinadas situaciones se puede proponer realizar dicho tratamiento en quirófano bajo anestesia. En tal caso un Anestesista valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En mi caso el tipo de conización que se efectuará será
.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Eliminación de pequeña porción cervical conteniendo lesión.

Riesgos generales

No existen contraindicaciones absolutas para esta cirugía, ya que conlleva una mínima invasión. Aun así, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por la situación vital de cada persona (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.

Riesgos específicos

Las principales complicaciones posibles, aunque infrecuentes, son:

- Sangrado que generalmente es autolimitado o fácilmente controlable mediante coagulación con el bisturí eléctrico. En casos de sangrado importante podría ser necesario colocar un punto hemostático.

- Lesiones vaginales.
- Infección.
- También se ha descrito un incremento en el riesgo de parto prematuro, principalmente ligado al tamaño de la conización, o en casos de repetición del procedimiento, por esta razón adecuamos las indicaciones del mismo.
- Persistencia o recidiva de la lesión, lo que puede hacer necesaria una segunda cirugía.

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía más amplia, de la que se me informaría en su caso.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

ALTERNATIVAS

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como seguimiento o bien de tratamientos destructivos locales, amputación cervical e incluso histerectomía total, que se han descartado en mi caso en concreto.

Apellidos y nombre de la **paciente**

.....

DNI de la **paciente**

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

.....

DNI del **representante legal** de la paciente*



AUTORIZACIÓN

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.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

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.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento