

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA (DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA)**

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

Don/Doña:deaños 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.....

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA DIAGNÓSTICA/ TERAPÉUTICA con el fin de

1. La laparoscopia es **una técnica que utiliza uno o más instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeñas incisiones**. El abdomen es distendido habitualmente por un gas denominado dióxido de carbono. El/los instrumento/s dotado/s de luz y cámara permite/n ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa una serie de instrumentos adicionales.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Existen una serie de molestias y/o efectos secundarios propios de postoperatorios más o menos frecuentes de la laparoscopia que son: dolor de hombro, hinchazón abdominal, hemorragia vaginal leve...

Las complicaciones específicas de la laparoscopia, son: lesiones vasculares, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), accidentes eléctricos, lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias).

Pueden presentarse otras complicaciones como: enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso.

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención.

Complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles.

Si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), estoy de acuerdo en que ésta se realice, así como que el equipo médico pueda variar la técnica quirúrgica programada.

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

4. **Anestesia:** La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

5. **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.

6. **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 LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA DIAGNÓSTICA/TERAPÉUTICA

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 Nº.....

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

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

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)