CONSENTIMIENTO PARA HISTERECTOMÍA

Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y a las personas elegidas por él o ella o por el hospital o institución médica, a realizar una operación denominada **Histerectomía**. Una histerectomía es una operación en la cual se quita el útero de manera quirúrgica. El útero, o matriz, es el órgano que alberga al bebé cuando una persona está embarazada y está involucrado con la menstruación o período mensual. Si se me quita el útero, no podré tener hijos, y mis períodos mensuales cesarán.

MI MÉDICO HA CONVERSADO CONMIGO LO SIGUIENTE:

⇑ LA HISTERECTOMÍA ES IRREVERSIBLE. He comprendido por completo que la operación de histerectomía es permanente y que sus efectos no pueden revertirse.

⇑ POSIBLES BENEFICIOS. He comprendido por completo la/las razón(es) para la operación de histerectomía. Entiendo que mi diagnóstico es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y que se esperan los siguientes beneficios de la realización de la histerectomía:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⇑ RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES. He entendido por completo los riesgos y complicaciones más frecuentes que se describen por lo general en la parte posterior de este formulario y que incluyen, entre otros: infección, lesiones a los intestinos, vejiga, uretra, útero, vasos sanguíneos, nervios u órganos adyacentes, dolor, riesgos de anestesia, muerte y el riesgo de otra cirugía para reparar cualquier lesión.

⇑ RIESGOS, COMPLICACIONES E INCOMODIDADES ESPECÍFICOS. He comprendido por completo los riesgos y las incomodidades específicos del procedimiento de histerectomía incluyendo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⇑ DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN. Mi médico me ha informado que la duración aproximada de la estadía en el hospital será de \_\_\_\_\_\_ días, si no existen complicaciones no previstas.

⇑ DURACIÓN DE LA RECUPERACIÓN. Mi médico me ha informado que la duración aproximada de la recuperación será de \_\_\_\_\_\_ días, si no existen complicaciones no previstas.

⇑ MÉTODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO. He comprendido por completo los procedimientos o tratamientos alternativos y posibles beneficios incluyendo: 1) ablación endometrial (dejando el cérvix en su lugar); 2) embolización de la arteria uterina (LLAE) o tratamiento médico para detener el sangrado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⇑ ANESTESIA. Entiendo que probablemente recibiré un anestésico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Entiendo que un anestesiólogo o un enfermero certificado registrado como anestesista seleccionará y administrará mi anestésico. Entiendo que debería conversar con ellos los riesgos y beneficios asociados con la anestesia que seleccionen.

⇑ NO TRATAMIENTO. Entiendo por completo las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se brinda tratamiento.

⇑ SEGUNDA OPINIÓN. Se me ha ofrecido la oportunidad de buscar una segunda opinión en relación con la necesidad de mi histerectomía.

⇑ PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO. Entiendo que podrían surgir condiciones no esperadas y que podría ser necesario realizar operaciones y procedimientos diferentes o adicionales a la histerectomía descrita. Autorizo y presto consentimiento a la realización de dichas operaciones adicionales o diferentes que se consideren necesarias y aconsejables.

⇑ LIBERTAD DE RETENER O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO. Entiendo que soy libre de retener o retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la histerectomía sin afectar el derecho a atención o tratamiento futuros y sin pérdida o retención de beneficios de cualquier programa con financiación estatal o federal al que pueda tener derecho.

⇑ SIN GARANTÍAS. Entiendo que existen riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento, y que no es posible garantizar ni de manera alguna brindar una garantía de un resultado exitoso.

⇑ OTROS RESULTADOS Entiendo por completo la naturaleza del procedimiento y todas mis preguntas acerca del procedimiento han sido respondidas.

Mi médico ha conversado el tipo de procedimiento de histerectomía conmigo incluyendo: 1) histerectomía laparoscópica total: pequeña incisión para quitar todo el útero; 2) histerectomía laparoscópica subtotal: pequeña incisión para quitar el útero pero dejar el cérvix; 3) LAVH: procedimiento laparoscópico seguido de una histerectomía vaginal: quitar el útero a través de la vagina; 4) Histerectomía abdominal: incisión “completa o mínima” para quitar el útero.

He leído este formulario y se me ha brindado una copia del mismo.

Fecha: Hora: AM/PM MÉDICO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TESTIGO:

FIRMA: TRADUCIDO POR (SI APLICA:)

 (PACIENTE)

8-16

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN GENERAL EN LA PARTE POSTERIOR.

BLANCO – Copia para el consultorio AMARILLO – Copia para el paciente

MENSAJE PARA LOS PACIENTES ACERCA DE LOS RIESGOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS

La medicina y la cirugía son por lo general seguras, útiles y por lo general salvan vidas. Sin embargo, los procedimientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo involucran la toma de riesgos, desde menores a serios (incluyendo el riesgo de muerte). Es importante estar al tanto de los siguientes riesgos posibles antes de recibir el tratamiento que usted y su médico están planeado. Las siguientes pueden ser las reacciones de su cuerpo a las operaciones o procedimientos médicos/quirúrgicos.

1. INFECCIÓN: La invasión del tejido por parte de bacteria u otros gérmenes tiene lugar hasta determinado grado cada vez que se realiza un corte, incisión o punción. En la mayoría de los casos, a través de los mecanismos de defensa naturales del cuerpo, la cicatrización del área afectada ocurre sin mayor dificultad. En algunas instancias se prescriben antibióticos y en algunos casos pueden ser necesarias medidas quirúrgicas para combatir la infección.

2. HEMORRAGIA: El corte de vasos sanguíneos causa sangrado y esto tiene lugar en todas las incisiones quirúrgicas.

El sangrado por lo general se controla sin dificultad. A veces, se requieren transfusiones de sangre para reemplazar la pérdida de sangre. Si se dan transfusiones de sangre, existen riesgos adicionales de inflamación del hígado, hepatitis, y la posibilidad de recibir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). No existe una manera absolutamente confiable de predecir estas reacciones no deseadas, algunas de las cuales pueden ser bastante graves e incluso llevar a la muerte.

3. REACCIONES A LAS DROGAS: Las alergias inesperadas, falta de respuesta adecuada a los medicamentos o enfermedades causadas por las drogas prescritas son una posibilidad. Es importante que usted informe a su médico y a su anestesiólogo o a su enfermero certificado registrado como anestesista de cualquier problema que usted o su familia haya tenido con reacciones a las drogas y qué medicamentos ha tomando en los últimos seis meses, incluyendo drogas de venta libre, especialmente aspirina.

4. REACCIONES A LA ANESTESIA: Pueden existir respuestas inusuales o inesperadas a los gases, drogas o métodos usados para anestesiarlo que pueden llevar a dificultades en la función pulmonar, cardíaca o nerviosa. Comer o beber antes de la anestesia incrementa el riesgo de vómito lo que puede causar complicaciones significativas. Informe a su anestesiólogo o enfermero certificado registrado como anestesista de los problemas que usted o su familia haya tenido con la anestesia.

5. INFLAMACIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS Y COAGULACIÓN: Es imposible predecir la ocurrencia de inflamación de los vasos sanguíneos y de los problemas de coagulación. Si se forman coágulos sanguíneos, pueden moverse del lugar en dónde se forma a otras áreas del cuerpo y causar lesiones.

6. LESIONES A OTROS ÓRGANOS: Debido a la cercanía de otros órganos con el área que se está operando, pueden existir lesiones a otros órganos. El estrés de la cirugía o del procedimiento también puede daños otros sistemas de órganos del cuerpo.

7. OTROS RIESGOS: No es posible enumerar todos los riesgos y complicaciones posibles, y sus variantes que pueden surgir en cualquier operación quirúrgica o procedimiento médico. Esta situación depende del fin y la naturaleza de la operación o procedimientos. Su médico está dispuesto a conversar con usted más acerca de los diversos detalles de otros riesgos.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

Si bien usted y su médico han decidido este procedimiento, no dude en conversar acerca de las razones para esta elección y las alternativas disponibles para el tratamiento de su condición. Además, asegúrese de preguntarle a su médico cualquier otra duda que pueda tener acerca de su tratamiento.