

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Legrado Diagnóstico

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

1. INFORMACIÓN GENERAL

El principal propósito del legrado es obtener muestras de tejido endometrial y/o endocervical para su estudio histológico en aquellos casos en que ha existido una metrorragia de tipo anormal. A veces puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente una hemorragia funcional copiosa y/o extirpar un pólipo endometrial.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

2. EN QUE CONSISTE EL LEGRADO DIAGNÓSTICO

La intervención consiste en la toma de material endometrial y endocervical para su estudio anatomopatológico. El legrado diagnóstico sólo se puede practicar por vía vaginal.

Todo el material obtenido será enviado para su estudio anatomopatológico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

3. RIESGOS DEL LEGRADO DIAGNÓSTICO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,..., y los específicos del procedimientos:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis,...).
- Hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos caso de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

5. QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
.....,DNI y nº de SIP

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....
.....

DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi
situación la realización de.....
.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº:

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el
tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: