



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERCLAJE

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre) _____

En forma voluntaria consiento en que el (la) Doctor (a) _____ y el ayudante que él (ella) designe me realicen CERCLAJE para tratar de prevenir un aborto.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la colocación de unos puntos de sutura semejante a una cintilla alrededor del cuello uterino, tratando de cerrarlo para que el bebé permanezca adentro y evitar que se produzca un aborto.

Esta cirugía no garantiza el nacimiento de un bebé de término o completamente sano; se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. Entiendo que se requiere colocar los puntos muy cuidadosamente en el cuello (cérvix) utilizando un material sintético; debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en la búsqueda del mejor resultado tanto para la madre como para el feto.

He sido informada y entiendo que como en toda cirugía y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Las complicaciones más frecuente de un cerclaje son: contracciones uterinas, sangrado, infecciones, desgarros del cuello uterino. Existen otros riesgos menos frecuentes como: ruptura de la bolsa amniótica con pérdida fetal y parto prematuro, infección de la bolsa amniótica que puede llevar a infección fetal y materna. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como: pelviperitonitis, ruptura uterina, hemorragia, trombosis o muerte que aunque son poco frecuentes representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, él (la) Dr. (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para este procedimiento se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesiología.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CERCLAJE.

Firma del paciente
CC. #

Firma del esposo, compañero
CC. #

Ciudad y fecha