

**ASOCIACION VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
SOVOGIN**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSCOPIA

(Cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Nombre) _____
en forma voluntaria, consiento en que el (la) Doctor (a)
: _____ como cirujano(a) y el (la) ayudante que él
(ella) designe, me realicen HISTEROSCOPIA como tratamiento para: _____ o con

fines diagnósticos.

Entiendo que ésta cirugía consiste básicamente en la introducción de un instrumento óptico rígido que posee una fuente de luz, para ver en el interior de mi matriz, la cual será distendida con solución salina o lactato ringer o dextrosa al 5% en agua destilada de acuerdo a los hallazgos diagnósticos. A través del histeroscopio se colocan pinzas e instrumentos quirúrgicos algunos de ellos mecánicos y otros que trabajan con fuente de energía. La cirugía se realiza observando la imagen proyectada en un televisor.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

También he entendido que para mi problema, existen otros tipos de tratamiento tales como: _____ y voluntariamente he elegido la histeroscopia.

Yo autorizo para que mi cirugía sea observada con fines didácticos y científicos, ya sea directamente o en el vídeo que se gravará de mi cirugía, el cual no será identificado con mi nombre, pero si usado por fuera de mi historia clínica medica.

Entiendo que para esta cirugía, se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesiología

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica 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, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vomito, dolor o problemas urinarios, sangrado, infección, reacciones alérgicas o retención urinaria, heridas involuntarias en el útero llamada perforación uterina que puede lesionar también, intestino, vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como intoxicación hídrica, histerectomía (perdida del útero), colostomía (comunicación del intestino a la piel del abdomen), hemorragia severa, parálisis 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) médico (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de ésta cirugía estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y 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 HISTEROSCOPIA.

Firma de la paciente
CC. No.

Ciudad y fecha

Índice derecho

