

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO

En forma voluntaria consiento en que el/la doctor/a me realice LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO por presentar.....

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en limpiar la cavidad uterina por vía vaginal a través del cuello uterino. A veces es necesario un segundo legrado para completar esta evacuación sobre todo en los casos de aborto retenido. En algunos casos es necesario la aplicación de oxitocina o sustancias prostaglandínicas para favorecer el procedimiento.

Se me ha explicado que la garantía no es total 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.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

Siendo las complicaciones más frecuentes del legrado: infecciones uterinas y/o pelvianas y perforación uterina, con o sin lesión de órganos vecinos, como así también complicaciones a largo plazo como formación de sinequias (cicatrices intrauterinas) que podrían tener impacto sobre la fertilidad futura.

Si durante los procedimientos autorizados, los profesionales intervinientes descubren alguna patología no detectada o sospechada, los autorizo a proceder de la forma que consideren más conveniente.

Autorizo a recibir los procedimientos anestésicos necesarios y de acuerdo a la cirugía a realizarse, por parte del equipo de anestesiólogos de la institución.

Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo mi deber el retirar su resultado e informarlo al médico.

He entendido los cuidados que debo tener antes y después del procedimiento quirúrgico, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice LEGRADO UTERINO TERAPEUTICO.



.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....