

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA HISTERECTOMIA

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Venezuela por la Ley de Ejercicio de la Medicina y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años  
C.I.N° \_\_\_\_\_ natural de (ciudad, país) \_\_\_\_\_

Y/o el señor/señora \_\_\_\_\_  
C.I.N°: \_\_\_\_\_ natural de (ciudad, país) \_\_\_\_\_  
En calidad de representante legal, familiar o allegado,

### DECLARAN:

Que el doctor: RICARDO GOMEZ BETANCOURT identificado con la CIV.-6970277, códigos MSDS 41861, Colegio de Médicos del Distrito Federal 16684, Especialista debidamente certificado en Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la Histerectomía:

1. La histerectomía consiste en la extirpación del útero o matriz. Puede ser realizada por vía abdominal, vaginal o por video laparoscopia con o sin cuello uterino (total o subtotal) y puede llevar asociada la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) uni o bilateralmente según la edad, patologías asociadas y criterio médico en el momento de la intervención; en estos casos, la cirugía se denomina anexo histerectomía. En mi caso concreto, el planteamiento quirúrgico inicial es una Histerectomía por vía: \_\_\_\_\_ a sabiendas de que se puede pasar a otra forma si es necesario
2. La histerectomía está indicada principalmente como tratamiento en patologías uterinas sintomáticas como miomas, sangrado uterino anormal persistente, prolapsos o descensos genitales (vía vaginal) y en algunos estadios de cáncer en el tracto genital o en entidades ginecológicas con riesgo de ello. El hecho de indicar este procedimiento se debe a que en mi situación actual no existe una mejor alternativa. En mi caso concreto, la indicación es \_\_\_\_\_
3. De manera expresa autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico
4. La histerectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
5. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: \_\_\_\_\_ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
6. Las complicaciones propias de esta intervención son:
  - Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
  - Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
  - Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
  - Hematomas (acumulación de sangre coagulada): sobre la herida, en la pelvis o sobre la cúpula vaginal (lugar de cierre que comunica la pelvis con vagina).
  - Fístulas vesico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
  - Descenso o prolapso de la cúpula vaginal.
  - Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.
7. Posterior a la histerectomía, hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo. Además, si me llegan a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia.
8. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo \_\_\_\_\_

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto \_\_\_\_\_.

También comprendo que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones

### ACEPTO

Que el doctor RICARDO GOMEZ BETANCOURT me realice una HISTERECTOMIA por la vía discutida si es posible.

Firma paciente \_\_\_\_\_

Firma testigo \_\_\_\_\_

Firma médico \_\_\_\_\_

En Caracas a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_