

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VIDEO LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

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 Video Laparoscopia Ginecológica:

1. La video-laparoscopia consiste en ingresar a la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones con instrumental especial (trocares y laparoscopio), visualizando la cavidad abdomino-pélvica por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión, principalmente CO2. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de laparoscopia, que podrá ser:

- Video-laparoscopia diagnóstica
- Video-laparoscopia diagnóstico-quirúrgica
- Video-laparoscopia quirúrgica

En mi caso concreto el planteamiento inicial es una _____, ante la sospecha diagnóstica de _____

Según los hallazgos, autorizo plenamente al doctor para que se me realice alguna de las siguientes intervenciones o las que el considere necesarias

- Sólo informe diagnóstico ()
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre los ovarios o las trompas ()
- Fulguración de focos de endometriosis ()
- Lisis de adherencias ()
- Resección parcial de ligamentos uterosacros ()
- Tomas biópsicas de peritoneo, ovarios u otros órganos abdominales ()
- Salpingectomía uni o bilateral (exéresis de trompas) ()
- Salpingostomía uni o bilateral (abertura de las trompas) ()
- Ooforectomía uni o bilateral (exéresis de ovarios) ()
- Oclusión tubárica bilateral para planificación definitiva ()
- Miomectomía (exéresis de miomas) y/o miolisis ()
- Tratamiento quirúrgico de un embarazo ectópico según los hallazgos ()
- Histerectomía con asistencia laparoscópica ()
- Otros: _____

2. De manera expresa autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico

3. La extirpación de un quiste de ovario (endometriomas, quiste simple, dermoides) o la lisis de adherencias con fulguración de los focos de endometriosis, no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la sintomatología.

4. La laparoscopia 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: hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas, alergias previas. 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:

- *Hematomas: sobre las heridas o en la pelvis.*
- *Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.*
- *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.*
- *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).*
- *Edema pulmonar.*
- *Embolismo gaseoso.*
- *Hiponatremia (disminución de sodio).*
- *Herniaciones posquirúrgicas.*
- *Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).*

7. Si me llegaran a extirpar los ovarios (ooforectomía) es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia. Además, la extirpación de los ovarios, trompas o útero implica que las posibilidades de tener hijos requerirán ayuda médica con técnicas de reproducción asistida.

8. Si el objetivo es la ligadura de trompas para planificación, existe un porcentaje de fallos en los que se produce un nuevo embarazo que es del 0,5-1%.

9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (pasar a una laparotomía o cirugía a "cielo abierto" convencional) prevista de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o 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 VIDEO LAPAROSCOPIA

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Firma médico _____

En Caracas a los _____ días del mes de _____ de 20__