

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE UN LEGRADO UTERINO OBSTETRICO

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, código 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 atención de un Legrado Uterino Obstétrico:

1. La intervención consiste en la extracción por vía vaginal de los restos del embarazo.
2. El principal propósito del legrado es limpiar la cavidad endometrial (parte interna del útero) de restos ovulares, es decir, trofoblasto/decidua/amnios/placenta/embrión/feto y de coágulos sanguíneos.
3. En algunos casos puede existir la alternativa de manejo médico del aborto con medicaciones que faciliten la expulsión de los restos del embarazo (misoprostol, mifepristone).
4. En algunos casos es necesario dilatar el cuello del útero o colocar el día anterior medicaciones o elementos (tallo de Laminaria) que dilaten el cuello.
5. Muy ocasionalmente puede ser necesario realizar un segundo legrado para completar la evacuación, sobre todo en aquellos casos de: úteros grandes con pérdidas de embarazos mayores a las 10 semanas, sacos anembrionados o embriones o fetos muertos y retenidos, embarazos molares, obliteraciones importantes del orificio cervical interno del útero o en patologías uterinas.
6. De manera expresa. _____ autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
7. El legrado uterino obstétrico terapéutico requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
8. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo hasta 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, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.
 - Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión) o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o histerectomía (exéresis del útero).
 - Infecciones 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).
 - Desgarros de cuello uterino.
 - Formación posegrado de sinequias (adherencias entre las paredes del útero).
7. 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de 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 un LEGRADO UTERINO OBSTETRICO.

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Firma médico _____

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