

Consentimiento Informado Conización cervical

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento:/...../.....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorial, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión Consentimiento Informado Conización cervical

I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo NO DESEAR recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie NO DESEO SER INFORMADO (*Tildar aquí si el paciente no desea ser informado*):
2. O puedo autorizar a:, número de DNI / PASAPORTE a RECIBIR INFORMACIÓN y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

II. PROCEDIMIENTO

La CONIZACIÓN CERVICAL consiste en la extirpación de una parte del cuello del útero en forma de cono, y cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

Por medio del presente documento, manifiesto entender que:

1. Mi intervención quirúrgica en la institución implicará como beneficio el diagnóstico y/o tratamiento correspondiente.
2. Mi cirugía tiene ciertos riesgos asociados a la misma, entre los que se encuentran: a) Infección de la herida operatoria; b) Sangrado excesivo intraoperatorio el cual requiera transfusión de sangre; c) Cefalea post anestesia; e) Seromas y hematomas; f) Estenosis cervical; g) Cuello uterino incompetente, h) Extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos, lesión residual y lesión de novo); i) Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía; j) Perforación uterina; k) Inclusive el fallecimiento.
3. He recibido información acerca de que existe alternativas como amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.
4. En caso de rechazar el procedimiento existe la posibilidad que la enfermedad no se logre tratar, pudiendo implicar un eventual deterioro progresivo de mi salud e incluso el fallecimiento.

Código del documento: SLL-QUI-FOR-076-001

Fecha de próxima revisión: 5/7/2023

Que este documento este impreso constituye una copia no controlada la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.



Consentimiento Informado Conización cervical

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



5. El presente consentimiento no permite al Sanatorio Las Lomas realizar transfusiones de hemoderivados, administrar drogas quimioterápicas, sustancias de contraste y/o radioactivas. Para todas estas situaciones se deberá firmar un consentimiento específico. En el caso de que se haya realizado reserva de sangre previa a este procedimiento el Sanatorio podrá realizar las transfusiones necesarias durante la cirugía.

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

Le informaremos de forma sencilla la función del anestesiólogo, los diferentes tipos de anestesia y los riesgos del proceder anestésico. También lo que puede hacer para disminuir el riesgo anestésico.

El anestesiólogo se encarga de realizar la anestesia y cuidar de su seguridad, bienestar y confort durante la intervención. Permanece con usted durante todo el procedimiento, vigilando el normal funcionamiento de su organismo y signos vitales. Para realizar esto necesita de fármacos y materiales de diversa índole como agujas, sondas, tubos, y aparatos: monitores, respiradores.

- **ANESTESIA GENERAL:** Se administran fármacos que hacen que quede inconsciente y permanezca en ese estado mientras dura el procedimiento. Estos fármacos facilitan la realización de la intervención y hacen que su organismo no sienta dolor. Pero suprimen reflejos protectores, como los encargados de mantener libre la vía aérea, o pueden deprimir la respiración. Por eso es necesario utilizar sistemas para proteger la vía aérea, como colocación de tubos en la boca o en la tráquea, y uso de asistencia respiratoria. Los fármacos pueden administrarse por vena y/o gas inhalado.
- **ANESTESIA REGIONAL:** Se inyecta en una zona precisa un fármaco anestésico que bloquea los nervios que transmiten la sensibilidad de la zona a operar. Esa zona queda sin sensibilidad durante un período de tiempo y luego se recupera progresivamente. El bloqueo nervioso puede producir simultáneamente y de un modo transitorio, la pérdida de la movilidad en conjunto con la de la sensibilidad. La anestesia regional puede combinarse con una sedación o incluso con anestesia general.
 - **ANESTESIA REGIONAL CENTRAL:** Cuando el anestésico se inyecta cerca de la médula espinal (anestesia raquídea o epidural), la zona que es anestesiada es más extensa, por ejemplo, de la cintura para abajo.
 - **ANESTESIA REGIONAL PERIFÉRICA:** Cuando el anestésico se inyecta directamente sobre los nervios de una extremidad o de una región particular del cuerpo.
- **ANESTESIA LOCAL MÁS SEDACIÓN:** El cirujano infiltra con anestésico la zona a operar y el anestesiólogo administra fármacos sedantes y/o analgésicos y monitoriza los signos vitales.

Una vez finalizado el procedimiento pasará a una área de recuperación, donde permanecerá un tiempo variable para control y cuidados postoperatorios. En ocasiones el período de recuperación transcurre en unidades especiales (Cuidados Intensivos). Su anestesiólogo y su cirujano determinarán el momento que puede abandonar el área quirúrgica y pasar a una unidad de internación o a su domicilio. Puede también aplicarse sobre las mucosas o se inyecta bajo la piel.

RIESGOS DE LA ANESTESIA

La anestesia es muy segura. Eso no quiere decir que esté exenta de riesgos. Existe siempre un riesgo potencial de muerte o lesiones neurológicas, cardíacas, respiratorias o de otros órganos, transitorias o permanentes. Todo proceder anestésico entraña un riesgo inherente a la técnica. Este riesgo puede verse aumentado en función del procedimiento al que será sometido, de las circunstancias que concurran en Ud. (edad, hábitos tóxicos, patología actual y asociada, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación que recibe, estado previo a la anestesia, etc.) y de las eventuales complicaciones que pueden surgir, inclusive el fallecimiento.

INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Manifiesto haber comunicado a mi médico en caso de tomar medicación alguna o que alteren la coagulación, alergias a fármacos, alimentos o materiales (por ejemplo, al látex). Declaro haber respetado el ayuno



Consentimiento Informado Conización cervical

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



indicado previo al procedimiento. He manifestado a mi médico en caso de ser fumador asiduo. Estoy en conocimiento que, de ser posible, debo acudir acompañado y no podré conducir o tomar decisiones legales hasta 24 hs posteriores al procedimiento, según el tipo de anestesia realizada.

ANESTESIA A RECIBIR (debe ser llenado por el médico anesthesiólogo)

Para dicho procedimiento/tratamiento se me aplicará el siguiente plan de anestesia:

- | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General inhalatoria | <input type="checkbox"/> Epidural |
| <input type="checkbox"/> General balanceada | <input type="checkbox"/> Bloqueo periférico |
| <input type="checkbox"/> General intravenosa | <input type="checkbox"/> Sedación |
| <input type="checkbox"/> Raquídea | |

IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal, otorgo en forma libre mi consentimiento al Médico a Cargo para que, en ejercicio legal de su profesión, así como los demás profesionales de la salud que se requieran y del personal auxiliar de servicios asistenciales del Sanatorio Las Lomas, se me practique(n) la(s) intervención(es) quirúrgica(s), procedimiento(s) médicos arriba mencionado(s) y colocación de anestesia. Autorizo, para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales en el punto II y III, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento médico llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del Médico a Cargo los haga aconsejables.

Declaro que he sido advertido que la práctica de la intervención quirúrgica y anestésica que requiero, no son ciencias exactas y reconozco que no se me garantiza ni asegura sobre el resultado de este procedimiento, liberando de responsabilidad al Equipo Médico, profesionales tratantes y al Sanatorio Las Lomas.

Declaro haber manifestado cualquier condición especial, embarazo o enfermedad, que, pudiera contraindicar este tipo de intervención(es).

Acepto que se me coloquen sueros, inyectables, sondas o catéteres sabiendo que su uso puede provocarme alguna molestia o dolor, complicaciones locales (irritación, equimosis, abscesos localizados, hematomas, entre otras).

He sido informado y acepto que, en la adopción de medidas de seguridad y control de calidad, la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), que monitorea y graba diversas áreas, pasillos, halls centrales, quirófano, al cual sólo tiene acceso personal autorizado. Acepto que ciertos y determinados datos de mi Historia clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución, que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Acepto la admisión de observadores en el ámbito de mi internación, preservando la confidencialidad.

Declaro haber sido informado que el acto quirúrgico puede ser filmado con fines de calidad y seguridad preservando en todo momento, mi intimidad y confidencialidad.

El presente consentimiento ha sido leído y comprendido por mi persona en su integridad, por lo que doy mi pleno consentimiento.

FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:



Consentimiento Informado Conización cervical

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Firma de representante legal (*):	
Aclaración:	
Vínculo:	DNI:
Firma de profesional tratante:	
Aclaración:	Matrícula:
Firma de profesional de Anestesiología:	
Aclaración:	Matrícula:

() En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*



Consentimiento Informado Conización cervical

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Revocación (anulación) Consentimiento Informado Conización cervical

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado el Consentimiento Informado Conización cervical.
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma de representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

() En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*

