



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO BAJO ANESTESIA

Nombre paciente: _____ Rut: _____ Edad: _____

En caso de menores de edad, dificultad de entendimiento o alteración de conciencia:

Nombre Representante Legal: _____ RUT: _____

Información entregada por el paciente (o su representante):

Declaro haber entregado a mi médico y/o equipo de salud tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica, incluidos, si lo tuviera, los antecedentes de alergia, medicamentos que uso, historia de enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la coagulación, prótesis, y cualquier otro antecedente de problemas de salud que esté cursando en este momento o que haya cursado con anterioridad.

Información recibida por el paciente:

Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido del Dr. _____ la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respectó de la intervención denominada **Extracción de DISPOSITIVO INTRAUTERINO bajo anestesia**.

Objetivo: El principal propósito del procedimiento es retirar el dispositivo intrauterino, el cual no pudo extraerse en procedimiento ambulatorio por no encontrarse las guías.

Características La intervención consiste en la extracción del DIU de la cavidad uterina.

Todo el material obtenido será enviado para su estudio biopsico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de Anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el Servicio de Anestesia

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente y los específicos del procedimiento:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.).
- Hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **EXTRACCIÓN DE DIU BAJO ANESTESIA.**

Y en tales condiciones _____ que se me realice una **EXTRACCIÓN DE DIU BAJO ANESTESIA**
(Consiento/ Rechazo)

En Santiago, _____ / _____ / 20____
(Lugar) (Fecha)

Nombre y apellido del Médico	Nombre y apellido del Paciente o Representante legal
Firma del Médico	Firma del Paciente o Representante legal