



**Documento de Consentimiento Informado
"ANEXECTOMÍA UNILATERAL"**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

| CENTRO SANITARIO | SERVICIO DE |
|------------------|-------------|
| | |

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

La anexectomía o salpingooforectomía unilateral consiste en la extirpación de uno de los anejos (ovarios y/o trompas).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Tipo de procedimiento:** Puede tener tanto finalidad terapéutica como profiláctica en pacientes portadoras de mutaciones genéticas.
 - a. **Terapéutica:** Se extirpa uno de los anejos por la presencia de un quiste o tumoración del ovario otrompa que afecta de forma uni o bilateral.
 - b. **Profiláctica:** Tras valoración en mujeres con riesgo genético de desarrollar un cáncer de ovario o un cáncer tubárico.
- **Vía de abordaje quirúrgico:** Puede realizarse por vía laparotómica o laparoscópica.

Ambas técnicas quirúrgicas precisan anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuado para usted.

RIESGOS GENERALES

Las complicaciones pueden aparecer en el mismo acto quirúrgico, en el periodo inmediato o a medio o largo plazo.

- **Complicaciones de la intervención:**
 - a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de cicatriz quirúrgica, pulmonares, pélvicas, etc.)
 - b. Hemorragias que precisen reintervención quirúrgica y/o transfusión sanguínea (intra o postoperatoria).
 - c. Lesiones vesicales, ureterales, uretrales, intestinales, vasculares, neurológicas.
 - d. Rotura del quiste.
- **Complicaciones a largo plazo:** hernias abdominales.

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente (obesidad, edad avanzada, hipertensión, diabetes, anemia, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico intra y/o postoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo.

En función de dichos resultados podría continuar la cirugía o indicarse de nuevo una segunda cirugía diferida.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

También autorizo a que se hagan fotos o vídeos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

ALTERNATIVAS

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada. Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones de tratamiento y de las consecuencias de no realizar tratamiento alguno.

Apellidos y nombre de la **paciente**

.....

DNI de la **paciente**

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

.....

DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

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.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento