



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una MIOMECTOMÍA.

1. La miomectomía es la **extirpación quirúrgica de uno o varios tumores uterinos** (miomectomía simple o múltiple), denominados miomas, respetando el útero donde asientan. La intervención puede realizarse mediante laparotomía, vía vaginal o laparoscopia.

En mi caso concreto la técnica será

2. Aunque en principio siempre el fin primordial es respetar el útero, **ocasionalmente** y debido al lugar donde asiente/n la/s tumoración/es, a sus dimensiones y a la existencia de complicaciones intraoperatorias, fundamentalmente hemorragia, es necesario realizar una histerectomía (extirpación del útero). Asimismo, entiendo que la extirpación del o de los miomas no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otros.

Tampoco se puede garantizar, en casos de miomas múltiples o adenomiomas, la extirpación de la totalidad de los mismos, bien por su naturaleza, situación, por hacer peligrar la integridad del útero o por ser demasiado pequeños para su detección macroscópica.

3. **Consecuencias:** En caso de histerectomía, ésta supone la no posibilidad de tener hijos así como la ausencia de menstruaciones.

4. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las posibles complicaciones específicas de la extirpación de miomas son hemorragia intra o post-operatoria, lesión vesical o ureteral, lesión de la porción intersticial de la trompa de Falopio, infección, endometritis, miometritis, adherencias pélvicas, adherencias intrauterinas, miomectomía imposible o incompleta, apertura de la cavidad uterina, y sus repercusiones sobre gestaciones posteriores.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

5. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

6. **Alternativas:** Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas (progestágenos, análogos, danazol), y quirúrgicas (histerectomía).

7. **Anestesia:** La miomectomía precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

8. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

9. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

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 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.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una MIOMECTOMÍA

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNINº.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNINº.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)