

5. **Alternativas:** Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas, por ejemplo: miomectomías para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para hemorragias y endometriosis.....
6. **Anestesia:** La histerectomía precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.
7. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en 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.
8. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterá 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 HISTERECTOMÍA

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado

Revocación

Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)

domicilio en y DNI N°.....

Don/Doña :..... deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)

domicilio en y DNI N°.....

en calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

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

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la médico

Fdo.: Paciente

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado