

Documento de consentimiento informado para cirugía sobre la glándula de Bartholín

Nº Historia:.....

Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

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 intervención sobre la GLÁNDULA DE BARTHOLIN.

1. El principal propósito de dicha intervención es la **resolución** de una bartolinitis **y/o extirpación** de un quiste crónico de la glándula de Bartholín.

Existen varias técnicas:

- a) Drenaje de la glándula inflamada.
- b) Drenaje y marsupialización de quiste de la glándula de Bartholín consistente en drenar y suturar la pared del quiste a la pared vestibular.
- c) Extirpación de la glándula de Bartholín: disección y exéresis de la glándula con sutura de las paredes donde estaba alojada la misma.

En mi caso se realizará:

2. **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 complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica, aunque raras, pueden ser:

- a. Hematoma perineal.
- b. Infección del lecho quirúrgico.
- c. Cicatriz que provoque dispareunia.
- d. En caso de extirpación bilateral, puede presentarse sequedad vaginal.
- e. Excepcionalmente, reintervención.

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

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
4. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.
5. **Anestesia:** La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.
6. **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.

7. **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.

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.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una intervención sobre la GLÁNDULA DE BARTHOLIN.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

Doña:.....y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

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 propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)