

Documento de consentimiento informado para electro/criocoagulación de cérvix uterino

Nº Historia:		
Doña:		y DNI Nº
	(Nombre y dos apellidos)	,
Don/Doña:		y DNI Nº
	(Nombre y dos apellidos)	•
En calidad de	ede Do	ña:
	(Representante legal, familiar o allegado)	
	DECL	.ARO
Que el DOCTOR/A		
	(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTAT	TVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una ELECTRO/CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL, y se me ha explicado y he comprendido y aceptado que existen otras posibles opciones terapéuticas y esta es la más indicada para mi caso particular:

 Se trata de una intervención consistente en la destrucción local mediante calor/frio de determinadas áreas del cuello del útero con fines terapéuticos.

En mi caso concreto el motivo es $\tilde{0}$ $\tilde{$

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 la electro/criocoagulación de cérvix más frecuentes son:

- a. Hemorragia (inmediata o tardía)
- b. Infección
- c. Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía.

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. **Alternativas:** Existen otras opciones terapéuticas conservadoras que me han sido explicadas (tratamientos medicamentosos intravaginales, etc.).
- 5. **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.
- 6. **Anestesia:** Lo habitual será utilizar anestesia local. En ciertos casos no es preciso administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorado bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.

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 ELECTRO/CRIOCOAGULACIÓN CERVICAL	
En(Lugar y fecha)	
Fdo.: EL/LA MÉDICO Nº Colegiadoõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ	Fdo.: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

3 - ~	RI	EVOCACIÓN y DNI Nºy
Jona:	(Nombre y dos apellidos)	y DNI N°
Don/Doña:	(Nombre y dos apellidos)	y DNI №
En calidad de		Doña: (Nombre y dos apellidos de la paciente)
	nsentimiento prestado en fechaa fecha por finalizado.	y no deseo proseguir el tratamiento propuesto,
En	(Lugar y fecha)	
Fdo: EL/LA	MÉDICO	Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

 N^o Colegiadoõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..