

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEOHISTEROSCOPIA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

---

NOMBRE DEL PACIENTE

El doctor RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO me ha informado que es necesario y conveniente realizar, por mi situación actual, una VIDEOHISTEROSCOPIA, por lo cual me ha suministrado la siguiente información:

La videohisteroscopia consiste en ingresar a la cavidad uterina a través del cuello del útero con instrumental especial (Histeroscopio) visualizando la parte interna por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión líquido o gaseoso. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de histeroscopia, que podrá ser:

- Videohisteroscopia Diagnóstica
- Videohisteroscopia Diagnóstica - Quirúrgica
- Videohisteroscopia Quirúrgica

En mi caso concreto el planteamiento inicial es una ABLACION ENDOMETRIAL

ante la sospecha diagnóstica de \_\_\_\_\_

Según los hallazgos autorizo plenamente al doctor RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO para que se me realice alguna de las siguientes intervenciones o las que él considere necesarias:

- Solo informe diagnóstico
- Extirpación de masas intrauterinas como pólipos o miomas con compromiso submucoso
- Lisis de adherencias intrauterinas o sinequias
- Resección de septos uterinos en anomalías uterinas congénitas
- Ablación Endometrial
- Retiro de Dispositivo Intrauterino

( ) Toma de Biopsia de Endometrio

Otras: \_\_\_\_\_

De manera expresa autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico.

No obstante la extirpación de un pólipo, mioma submucoso o la lisis de adherencias es posible que en un futuro puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la sintomatología. Sé que como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico o de la anestesia.

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragia intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión)
- Perforación Uterina
- Intoxicación hídrica
- Lesión de órganos vecinos principalmente intestinos y vejiga
- Edema Pulmonar
- Infecciones Pélvicas (en muy raras ocasiones puede derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales)

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales a variar la técnica quirúrgica (pasar a una laparotomía convencional) prevista de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados, en tales condiciones autorizo que se me realice una ABLACION ENDOMETRIAL \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_ Índice derecho