CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MIOMECTOMIA TRANSABDOMINAL

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Venezuela por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Abril 23 de 2007, Artículo 51 y otros relacionados, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La paciente		de años
C.I.N°	natural de (ciudad, país)	
Y/o el señor/seño	ora	
C.I.N°:	natural de (ciudad, país)	
En calidad de rep	presentante legal, familiar o allegado,	
DECLARAN:		
		la CIV6970277, códigos MSDS 41861, Colegio de Médicos
		Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la
•	ación sobre la Miomectomía Transabdominal:	o utarinas llamadas miemas mussamundo al útaro
	nía es la extirpación quirúrgica de uno o varios nódulo	o, ocasionalmente y debido al lugar donde se encuentran, a sus
		fundamentalmente hemorragias, es necesario realizar una
-	xtirpación del útero).	,
	extirpación de los miomas, es posible que en un futuro	
		enomiosis (endometriosis uterina), no se puede garantizar la
	de los miomas, bien por su naturaleza, situación, por	su pequeño tamaño o por hacer peligrar la integridad anatómica
del útero.	vorace autorizo e que el meterial obtenido ce	a enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el
espacio en blanco		a enviado para su estudio histologico (escriba 51 o 100 en el
	nía requiere anestesia, que será valorada y realizada p	or el servicio de anestesia.
		ciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la
		e salud, y que pueden ser derivadas, del: acto quirúrgico, de la
		años, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, alergias,
malnutrición, and	emia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológi	cas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por
complicaciones.		que tengo una mayor probabilidad de presentar estas
	lizada por laparotomía o laparoscopia, según criterio n	rédico.
	ciones propias de esta intervención son:	iodico.
Hemorragias intri	ra o posoperatorias (con la posible necesidad de transfusión)	
	rirúrgica para realizar la miomectomía total o parcial.	n derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y
	mortalidad que requieren tratamientos adicionales).	n derivar à infecciones mayores con compromiso dei estado de saidd y
	nos vecinos, principalmente porción cornual de las trompas	de falopio, vejiga, uréter e intestinos.
	mulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).	
	dad uterina con riesgo de sinequias intrauterinas y/o fistulas vicas que pueden comprometer mi futuro reproductivo.	(comunicaciones anómalas) entre útero y vejiga, vagina o recto.
• Eventraciones y/o	o evisceraciones posquirúrgicas.	
		entiendo que tengo una mayor probabilidad de
presentar estas com	•	de tratamientos (enáleces de la CaDII procestáciones) y
	polizaciones, laparoscopia, histerectomía), los cuales r	de tratamientos (análogos de la GnRH, progestágenos) y ne han sido explicados
		nenstruaciones y no es posible que consiga un embarazo.
		ón imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o
	ales o variar la técnica quirúrgica prevista de anteman	
	e tratamientos y terapias adicionales entiendo que deb	eré asumir los gastos que se deriven de ellos
	en los espacios en blanco:	
	ado en un lenguaje claro y sencillo permitido realizar todas las observaciones y preguntas	al respecto
	endo que, en cualquier momento, puedo revocar este c	
_		·
	esto que estoy satisfecha con la información recibida	y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales
condiciones		
ACEPTO		
	ICARDO GOMEZ BETANCOURT, con su equipo, m	ne realice una MIOMECTOMIA TRANSABDOMINAL.
Zue et acctor Iti	22 22 22 22 22 22 22 22 23 24 con ou oquipo, ii	THE THE PART OF TH
Firma testigo		
Firma médico		

En Caracas a los _____ días del mes de _____ de 20___