

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTERILIZACION

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Chile y de acuerdo a lo indicado por el Ministerio de Salud en su resolución N° 2326 exenta de 2000, se encuentra 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

La paciente de años

RUT N° y/o el señora/señora

RUT N° En calidad de representante, familiar o allegado, DECLARAN:

Que el doctor RUT N° Ginecólogo obstetra, me ha explicado la siguiente información sobre la operación **ESTERILIZACION TUBARIA**.

1. La intervención de **ESTERILIZACION TUBARIA** consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo, y por la tanto es **IRREVERSIBLE**.
2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o, inusualmente, por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstétrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.
3. En mi caso concreto se realizará por
4. Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5- 5 x 1000 de fallos en los que se produce en nuevo embarazo.
5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivo intrauterino.
6. Esta técnica requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia
7. 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, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de entiendo que tengo una mayor probabilidad de

presentar complicaciones.

8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones: Intraoperatorias: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos. Postoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias postquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal).

9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo.

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, sabiendo que es mi responsabilidad, elegir libre y responsablemente el número de sus hijos que deseo tener, ACEPTO que se me realice la Esterilización Tubaria.

Firma paciente _____

Firma representante _____

Firma Médico _____

Fecha: