

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La colporrafia anterior y colpoperineorrafia está indicada principalmente como tratamiento en: descensos o prolapsos de la pared anterior o posterior de la vagina (colpocele), uretra (uretrocele), vejiga (cistocele) y recto (rectocele). Igualmente, en casos de desgarros perineales y en algunos casos de incontinencias urinarias o como complemento de la histerectomía vaginal. El hecho de indicar este procedimiento se debe a que, en mi situación actual, no existe una mejor alternativa.

Características

La colporrafia anterior y colpoperineorrafia consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en la pared anterior y posterior de la vagina. La colporrafia y colpoperineorrafia requiere anestesia, que será valorada y realizada por el médico anestesiólogo. Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Riesgos

Como en toda intervención, existe un riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas o anestésicas imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, 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 cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragia intra o post operatoria
- Hematomas de la herida
- Desgarro perineal con compromiso del recto
- Dispareunia (relación sexual dolorosa)
- Lesión de la vejiga o intestinal
- Fístulas

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal