

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos
El principal propósito del legrado uterino **biópsico** diagnóstico es obtener muestras de tejido endocervical y/o endometrial para su estudio histológico y así saber si existe un cáncer de endometrio, pólipo o trastorno funcional del tejido endometrial, del cuello del útero, o alguna otra entidad patológica de riesgo. Sin embargo, a veces puede ser de valor **terapéutico** para aliviar transitoriamente un sangrado uterino anormal y/o extirpar un pólipo endocervical, endometrial después de un aborto espontáneo o un mioma submucoso.

Características
El legrado uterino sólo puede ser realizado por vía vaginal, tomando material del endocervix (parte interna del cuello del útero) y del endometrio (parte interna del cuerpo del útero). De manera expresa autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico (biopsia).
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.
El legrado diagnóstico requiere anestesia raquídea o general, que será valorada y realizada por el médico anestesista.

Riesgos
Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas o anestésicas, 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, anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: edad mayor 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:

- Perforación del útero o fondos de sacos vaginales (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, útero en posiciones anormales, obliteraciones del orificio cervical externo, pacientes con antecedentes de cirugías sobre el cuello o vagina, o en entidades malignas).
- Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión) o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o histerectomía (exéresis del útero) y/o laparoscopia.
- Infecciones pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Desgarros de cuello uterino.
- Formación post legrado de sinequias (adherencias entre las paredes del útero).

En algunos casos, en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, con obliteraciones del orificio cervical externo o en pacientes con antecedentes de procedimientos o cirugías sobre el cuello o la vagina, podría presentarse la imposibilidad para la toma de muestras de biopsia.
Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.
Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, 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 conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **LEGRADO BIÓPSICO** uterino.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal