

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: _____

Objetivo

El propósito de la intervención consistente en la destrucción local mediante calor/frío de determinadas áreas del cuello del útero con fines terapéuticos.

Características

La paciente se ubica en la camilla ginecológica.

El ginecólogo expone el cuello uterino completamente usando un espéculo vaginal.

Se delimita la lesión mediante colposcopia.

Se procede a la aplicación de electro/crio terapia sobre el cuello uterino, evitando que tome contacto con las paredes vaginales, la lesión debe ser cubierta completamente. Se aplica durante 3 minutos.

Se espera 5 minutos y se repite el procedimiento por una vez más.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada. Además, 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

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la electro/crio coagulación de cérvix uterino más frecuentes son:

- Hemorragia (inmediata o tardía)
- Infección
- Quemaduras accidentales en caso de utilizar electro cirugía

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 **ELECTRO/CRIO COAGULACIÓN DE CÉRVIX UTERINO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal