

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS MENORES, POLIPECTOMIA EXOCERVICAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Los pólipos cervicales, vaginales y vulvares, son patologías frecuentes en la paciente ginecológica. Habitualmente asintomáticos. Su tasa de malignización es de menos de 1% en la mujer edad fértil y de un 1% en la post menopáusica.

Los pólipos exocervicales no complicados en general no se extirpan a menos que sean sintomáticos, con presencia de dolor, sangrado, estén torcidos o en expulsión.

La polipectomía puede ser realizada en forma ambulatoria u hospitalizada, la decisión se basa principalmente en el tamaño de la lesión, el diámetro del pedículo, la forma de presentación de este y si se asocia a torsión con o sin dolor.

No requieren anestesia local, por tanto, solo se recomienda la extracción en centro médico de pólipos con tamaños menores a 2 cm y con pedículos de menos de 1cm de diámetro que no estén vascularizados a la visualización directa. Siempre que se realice una polipectomía ambulatoria de un pólipo exocervical está recomendado realizar una citología cervical previa o papanicolau.

Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como **otros específicos** del procedimiento:

- El momento de la extirpación se puede asociar con leve molestia y sensación de tracción del pólipo.
- En caso de sangrado, se puede manejar con compresión, aplicación de nitrato de plata o solución de Monsel. Se debe tener en cuenta que de persistir el sangrado la paciente puede ser derivada al servicio de urgencia ginecológica o eventualmente a pabellón para una eventual cauterización de la zona bajo anestesia.
- Frente a una torsión dolorosa con pedículo grueso se debe destrozar el pólipo, tomar una citología,

tratamiento analgésico y derivación para realizar una evaluación por imágenes, Histerosonografía, ya que habitualmente este tipo de lesiones son endocervicales y se asocian a pólipos endometrial es en un alto porcentaje.

Ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Polipectomía Exocervical,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA POLIPECTOMIA EXOCERVICAL, por el Dr.(a)_____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)