

CONSENTIMIENTO PARA LIGADURA DE TROMPAS

Posadas/...../.....

1- Yo , por el presente autorizo al Dr./Dra..... y a su equipo quirúrgico a realizar la intervención quirúrgica conocida como Ligadura de Trompas que se realizará el día/...../..... en el Sanatorio Posadas S.A.

2- La Ligadura de Trompas es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la oclusión de las trompas de Falopio, de manera tal que queda cerrada la unión de los espermatozoides con los óvulos.

Con este procedimiento se elimina casi totalmente e irreversible.

La intervención quirúrgica puede ser realizada por vía abdominal (Laparotomía o Minilaparotomía), por Laparoscopia o, en muy contados casos, por vía vaginal.

3- Estos procedimientos quirúrgicos me han sido totalmente explicados por el cirujano, por lo que no tengo ninguna duda de que quiero poner fin a mi fertilidad; entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

b) La Ligadura de Trompas es un procedimiento voluntario, por lo que usted no tiene ninguna obligación de optar por esta práctica. Se puede intentar buscar otras alternativas anticonceptivas no definitivas como las siguientes: profilácticos; hormonales; dispositivos intrauterinos; etc.

c) También existe un método quirúrgico de anticoncepción definitiva para el varón llamado Vasectomía.

d) Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. En raras ocasiones el método puede fallar y puede producirse un nuevo embarazo a pesar de que la intervención quirúrgica se realice con una técnica y táctica correcta.

e) La Ligadura de Trompas no previene el contagio del virus SIDA ni el de ninguna otra enfermedad de transmisión sexual.

f) Las complicaciones que pueden originarse durante o luego de la Ligadura de Trompas son las siguientes: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos, seromas, hematomas de la cicatriz o intraabdominales, infecciones de la herida o de la pelvis en general, fístulas, adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal), fallo en la Ligadura de Trompas....., etc. Así como las complicaciones propias de la anestesia.

4- Como en toda intervención quirúrgica, durante el curso de la misma pueden darse condiciones imprevistas que puedan necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatómicos patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

5- Doy consentimientos a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesiólogos por él seleccionados y a usar dichas anestésicos como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.

5- Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

6- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos o educacionales.

7- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la Ligadura de Trompas realizada, cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos y operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

9- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

SI USTED TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE ESTE DOCUMENTO QUE ACABA DE LEER, O CUALQUIER PREGUNTA REFERENTE AL MISMO, PREGÚNTELE AL MÉDICO AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

Firma del Paciente..... Aclaración.....
Documento..... Domicilio.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, COMPLETAR:

El paciente es un menor de..... años de edad y yo/nosotros, el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es, encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

Firma..... Aclaración.....
Documento..... Domicilio.....
Parentesco.....