

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Obstetricia

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

¿Qué es? El consentimiento informado es la manifestación de voluntad que emite el paciente, o un familiar y/o allegado (estos últimos de manera excepcional), según al caso, para que se le lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra.

Acceso a la información: Los instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

Características de la Ciencia Medicina: No es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la Medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Quien suscribe,
DNI, con domicilio en calle,
de la ciudad de

Que siendo persona capaz y mayor de edad, requiero y consiento formalmente, luego de una decisión libre e informada, que se me brinde el procedimiento denominado asistencia del parto. A tales efectos, presto mi consentimiento para que dicha intervención se me realice en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda],
llevada adelante por el Dr/a
y su equipo.

Que mis antecedentes personales son:

Que manifiesto que se me han realizado exámenes pre-quirúrgicos completos que constan de:

Información (art. 59 CCyC, ley 26529): Que declaro que he recibido información, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre:

- Mi actual estado de salud,
- Naturaleza e implicancias que sobre mi salud tiene la práctica a realizar,
- Los profesionales sanitarios actuantes consideran a la mujer de parto una persona sana, entendiendo que el parto es un proceso natural en el que además de las características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales. La asistencia del parto se atenderá teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un ente asistencial, tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.
- Existe una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como: Rotura de la bolsa amniótica o membranas ovulares, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto.

• **Riesgos y/o complicaciones:**

- riesgo de pérdida del bienestar fetal,
- prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica, que pone en grave peligro la vida fetal,
- infección materna fetal,
- trastornos hemorrágicos,
- lesiones y desgarros,
- dificultades en la extracción del feto,
- riesgo de tener que realizar una histerectomía post-parto.

• **Cesárea:** la cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal.

El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de su gestación y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto y por lo tanto, no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para su futuro hijo y usted.

Riesgos específicos de la cesárea: hemorragia, atonía uterina, endometritis, trastornos de la coagulación e infección generalizada, y las propias derivadas de una intervención quirúrgica como: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías uterinas, dehiscencia y/o eventración posquirúrgica.

En mi caso particular deberé tener en cuenta los siguientes posibles riesgos:

Si lo desea, podrá estar acompañada de una persona de su elección durante todo el proceso del parto y periodo inmediatamente posterior al mismo, en todos los casos en que el parto se desarrolle con normalidad y las condiciones de trabajo lo permitan.

El derecho que me asiste en caso de padecer enfermedad irreversible, incurable o me encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable. En tal caso, se deberá suscribir un consentimiento informado específico.

Deber de colaboración: Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, de acuerdo a las indicaciones terapéuticas que los médicos que me asisten me indiquen.

Anestesia: El profesional médico que me asiste me ha advertido que la atención del parto puede requiere la administración de **anestesia general / raquídea / peridural / locorregional / local** [marcar la que corresponda], la cual se puede llegar a modificar durante el procedimiento, según las necesidades y de acuerdo a la tolerancia del paciente. Que consiento expresamente la utilización de tal tipo de anestesia. Que el acto anestésico será llevado adelante por la/el Dra./Dr.

Transfusión sanguínea: Que manifiesto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] recibir sangre o productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan.

Revocación: Que comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin expresión de causa.

Consentimientos conexos:

Que presto mi **consentimiento informado expreso** respecto de la **realización de todas las prácticas médicamente aceptadas, cuya necesidad sea determinada durante la internación**, incluyendo todos los estudios diagnósticos, tratamientos clínicos y/o quirúrgicos necesarios, pudiendo modificar y/o ampliar los mismos según el criterio de los profesionales médicos actuantes, así como los que se presenten como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de la urgencia. En virtud de lo manifestado, en particular autorizo al ente asistencial para que me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se me efectúe.

Que he **comprendido en su totalidad** la mencionada información que se me suministró, en lenguaje claro y sencillo, así como se me ha permitido evacuar todas las dudas y realizar las preguntas que consideré necesarias.

Que en función de todo lo expuesto, habiendo **comprendido en su totalidad** la mencionada información que se me suministró, en lenguaje claro y sencillo, así como se me ha permitido evacuar todas las dudas y realizar las preguntas que consideré necesarias, presto mi consentimiento informado para la asistencia durante el parto bajo la atención del Dr./Dra. _____, así como su equipo profesional en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] _____, atento que considero que es la mejor alternativa para mi salud psico-física.

Fecha: ____ / ____ / ____ .

Datos del Acompañante:

Nombre y Apellido

Domicilio

Teléfono

Firma y Aclaración
Paciente

Firma y Sello
Médico tratante