

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ligadura de Trompas

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 realice la práctica quirúrgica denominada *Ligadura de Trompas de Falopio* en los términos de la Ley Nacional N°26130 y el art. 59 del CCyC. 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 quirúrgica a realizar,
- Las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento quirúrgico de ligadura,
- Que sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse **efectos indeseables no habituales / poco probables**, en relación a esta cirugía como: , los que pueden llegar a requerir incluso una re-intervención de urgencia.
- Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos previsibles (intra y/o pos-operatorios), efectos adversos y los posibles beneficios derivados.

- Las consecuencias del procedimiento. Por ejemplo, en caso que la intervención tuviere éxito, para lograr un nuevo embarazo se necesitarán técnicas complejas y con relativa posibilidad de éxito. O por ejemplo, que puede ocurrir la recanalización espontánea en algunos casos.
- 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.

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

Que forma parte del presente documento de consentimiento informado, el **"Anexo I. Hoja informativa: Procedimiento Quirúrgico de Ligadura de Trompas de Falopio"**, la cual me ha sido entregada y explicada en forma previa.

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.

Se me ha informado, y en este acto autorizo que si durante la práctica quirúrgica surgieren hallazgos intra-operatorios y/o complicaciones que requieran modificar el plan estipulado del acto quirúrgico, y estos tuvieren carácter de emergencia y/o urgencia que pusiera en riesgo mi vida o salud y respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de dicha urgencia/emergencia, autorizo la actuación médica según el criterio profesional con el fin de beneficiar mi salud físico-psíquica.

Revocación: Que comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica.

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 en el período pre-operatorio, post-operatorio en la institución y domiciliario, así como concurrir en los días y horas citados para el control y/o tratamiento.

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.

Transfusión Sanguínea: Que manifiesto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar lo 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.

Anestesia: El profesional médico que me asiste me ha advertido que el procedimiento quirúrgico requiere la administración de *anestesia general / raquídea / peridural / locorregional / local* [marcar la que corresponda], la cual se puede llegar a modificar durante el acto operatorio 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 el Dr/a

Que en función de todo lo expuesto, presto mi consentimiento informado para que se me realice la intervención quirúrgica conocida como "ligadura tubaria" bajo la atención del Dr/Dra., así como su equipo profesional, en el Hospital/Sanatorio/Clinica [marcar la que corresponda], atento que considero que es la mejor alternativa para mi salud psico-física.

Fecha: / /

Datos del Familiar de Referencia:

.....
Nombre y Apellido

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Firma y Aclaración
Paciente

.....
Firma y Sello
Médico tratante