

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA DE LIGADURA DE TROPAS**

### **Estimado paciente:**

████████████████████, por intermedio de su comité de calidad y seguridad del paciente pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

El consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente o su familia, según al caso, para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, los beneficios, las limitaciones, así como sus probables y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y / o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión. Entendimiento que se manifiesta con la suscripción de este documento.

**Si no comprendió, no firme sin antes recibir las respuestas y aclaraciones necesarias.**

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA DE LIGADURA DE TROMPAS**

Yo..... de..... años de edad, con domicilio en .....y DNI N° .....

### **ENTIENDO, PORQUE ME LO EXPLICARON**

Que se me ha de efectuar una ligadura de trompas. Tal procedimiento consiste en ligar, coagular o cortar las trompas de Falopio. Mediante tal intervención se interrumpirá la anatomía normal de la trompa imposibilitando la unión entre el óvulo y el espermatozoide. Con ello se intenta anular la fertilidad femenina. La operación se ha de realizar mediante la utilización de un aparato (Laparoscopio), o por vía convencional (abordaje abdominal) y que el postoperatorio y la recuperación estará en relación al método y a las condiciones clínicas e inherentes a cada paciente.

Que tal intervención reviste el carácter de irreversible, es decir que luego de efectuada, no resulta posible volver a la situación anatómica y fisiológica inicial (previa a la operación) y que se ha de efectuar con el exclusivo motivo de la solicitud de la requirente abajo firmante.

Que el cirujano interviniente me ha explicado que mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida de la posibilidad de quedar embarazada por método y vía natural, como así también me ha aclarado que en mi caso existen alternativas de tratamientos para evitar el embarazo, además de esta cirugía.

Entiendo por otra parte, que ya dentro de la intervención pueden surgir eventuales, por posibles hallazgos intraoperatorios, algunos de los cuales pueden no ser contemplados en este momento y que determinen una modificación de la técnica prevista.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, de mi idiosincrasia personal, y de mi particular estado actual de salud.

Además comprendo, porque me lo informaron que según la estadística internacional 1.7 cada 1000 procedimientos, a pesar de que la intervención fue efectuada correctamente, la mujer se ha embarazado en forma natural.

### COMPRENDO QUE

Durante la intervención, pueden ser necesarias la aplicación de drogas o elementos quirúrgicos, los cuales no están exentos de ocasionar efectos adversos en la salud de la paciente.

Que cualquier técnica quirúrgica como la ligadura de trompas, debe ir acompañada de su seguimiento ginecológico regular, la cual resulta tan relevante como el tiempo quirúrgico para la resolución del tema en cuestión.

Me explicaron con especial énfasis la necesidad de este procedimiento no ofrece ningún tipo de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

El médico me ha esclarecido que posteriormente a la operación debo consultar al especialista antes de iniciar con las relaciones sexuales.

Que el procedimiento requiere la administración de anestesia, con los riesgos comprensibles que ello implica y que, aunque muy ocasionalmente, es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

He comprendido todas y cada una de las explicaciones, las que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Se que también puedo negarme al procedimiento y que previo al acto quirúrgico puedo revocar el consentimiento y la decisión que ahora asumo.

Que si bien como se ha mencionado precedentemente la intervención reviste la condición de irreversible, en excepcionales casos se ha podido recompensar mediante la utilización de técnica quirúrgica muy especializada, la permeabilidad tubaria.

De igual manera la obra social no enfrentará los cargos que surjan por la posterior pretensión de efectuar cualquier procedimiento de fertilización asistida.

Manifiesto que estoy satisfecha/o con la información recibida y que entiendo completamente el alcance y los riesgos de este tratamiento.

Por todo ello, en tales condiciones y libremente CONSIENTO que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO.

**DATOS PACIENTE**

FIRMA .....DNI N°.....

ACLARACION.....

**DATOS PROFESIONAL**

FIRMA .....MATRICULA N°.....

ACLARACION .....