

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN UTERINA POR RADIOFRECUENCIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es un tratamiento que se realiza para reducir o eliminar el sangrado menstrual excesivo. Se aplica a mujeres que tienen reglas muy abundantes, largas o dolorosas, y que ya no desean tener hijos.

El médico introduce un dispositivo por la vagina hasta el útero. Una vez dentro, el dispositivo se despliega y emite ondas de energía (radiofrecuencia) que queman de forma controlada el revestimiento del útero (llamado endometrio), que es lo que causa el sangrado menstrual.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- El embarazo será de alto riesgo si ocurre después del tratamiento.
- Dificultades para diagnósticos de patología endometrial posteriormente.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Fiebre.
- Flujo vaginal alterado.
- Dolor o calambres después del tratamiento.
- Sangrado leve o secreción vaginal durante algunos días o semanas.
- Infección vejiga, útero, etc.
- Daño en órganos cercanos (muy raro).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Infección pélvica activa.
- Embarazo actual o sospecha de embarazo.
- Sospecha de enfermedad maligna uterina.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos (DIU).
- Histerectomía.
- Otros tipos de ablación: uso de frío, calor o microondas.

AUTORIZACIÓN PARA "ABLACIÓN UTERINA POR RADIOFRECUENCIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: