



## Formulario de Información y Consentimiento Informado Escrito

---

Institución (No use abreviaturas)

Diagnóstico (No use abreviaturas)

### I.-Documento de información para cerclaje cervical

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **Lo que usted debe saber**

##### **En qué consiste y para qué sirve**

Este procedimiento quirúrgico consiste en reducir el espacio del orificio inferior del útero que se encuentra en la zona llamada cuello uterino y que es por donde se comunica con la vagina

Sirve para evitar el riesgo de aborto o de parto prematuro, cuando el orificio cervical no se mantiene del todo cerrado (insuficiencia cervical).

##### **Cómo se realiza**

La intervención precisa de anestesia general, local o regional Se realiza a través de la vagina. Se coloca una cinta o hilo alrededor del orificio cervical que se anuda y así se reduce la amplitud de este orificio.

##### **Qué efectos le producirá**

La intervención se realiza bajo anestesia y no es dolorosa. Si se producen sangrados, dolor abdominal considerable o fiebre después del alta hospitalaria

debe acudir al hospital. La intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos sin poder garantizar, por tanto, que evitaremos la posibilidad de parto prematuro.

### En qué le beneficiará

Disminuirá las posibilidades de que se produzca un parto prematuro o un aborto

### Otras alternativas disponibles en su caso

Existen otras alternativas no quirúrgicas. Como son el reposo físico y la toma de medicamentos que actúan sobre el cuello del útero. Pero estas medidas no producen el cierre del conducto cervical, teniendo menores posibilidades de éxito.

### Qué riesgos tiene

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **Los más frecuentes:**
  - Los sangrados que provienen del cuello del útero.
  - La posibilidad de parto prematuro por fracaso de la intervención.
  
- **Los más graves:**
  - La rotura prematura de la bolsa de las aguas con pérdida de líquido amniótico y riesgo de parto prematuro.
  - La infección del líquido dentro del útero (líquido amniótico).
  - El riesgo de aborto.

### Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta

Si Usted padece de alergias a medicamentos, de alteraciones de la coagulación, o de otras enfermedades, debe informar a su médico. También comunicarle los medicamentos que actualmente tome y cualquier otra circunstancia que considere importante

### Otras cuestiones para las que le pedimos su consentimiento

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

## II.- Consentimiento informado

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

### Datos del/de la paciente y/o de su representante legal

Yo, Don /Doña  autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT

FIRMA

### Medico responsable del proceso de información y/o consentimiento

Apellidos y nombre del profesional

RUT  FIRMA

Fecha de obtención del consentimiento informado

---

### Rechazo de la intervención

Yo, Don /Doña  no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT

FIRMA

Fecha

### Revocación del consentimiento

Yo, Don /Doña  de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT  FIRMA

Fecha