**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION DE OCLUSION TUBÁRICA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

La intervención de oclusión tubárica consiste en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio con el objeto de impedir un nuevo embarazo. Para la realización de dicha técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico: a. Laparoscopia: mediante la introducción de un trócar a nivel umbilical y otro suprapúbico, previa realización de un neumoperitoneo intraabdominal con CO2. En este caso la oclusión tubárica se realiza mediante electrocoagulación bipolar de las trompas de Falopio. b. Laparotomía: Mediante la apertura de la cavidad abdominal. En este caso la oclusión de las trompas de Falopio se realiza mediante la sección y ligadura de las mismas. c. Vaginal: Mediante la apertura del saco vaginal posterior para acceder al interior de la cavidad pélvica y posterior sección y ligadura de las trompas de Falopio. d. Post-cesárea: Consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio que se realiza inmediatamente después de la realización de una cesárea.

Se me ha informado respecto a los RIESGOS generales inherentes a dicho procedimiento: a. Riesgos debidos a la anestesia necesaria para su realización, que serán valorados por el anestesiólogo , dependiendo de mis características especiales. b. Fallos de la ligadura de trompas y posibilidad de posteriores embarazos. Aún siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100 %. Existe un porcentaje de fallos del 4 al 6 por 1000, en los cuales se puede producir un embarazo posterior a la oclusión tubárica. También hay que tener en cuenta la posibilidad de estar embarazada antes de la ligadura, por lo que deberá advertir a su ginecólogo en caso de alteración o retraso menstrual previo a la intervención.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la oclusión tubárica pueden ser: a.- Intraoperatorias: Hemorragias, lesiones intestinales, lesiones vesicales. b.- Postoperatorias: Leves (más frecuentes): seromas, abscesos, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia.... o graves (excepcionales): eventración, apnea, trombosis, hematomas, peritonitis, hemorragias.

También me han informado de la existencia de otros métodos de contracepción no irreversibles (métodos de barrera, anticoncepción hormonal, DIU, métodos naturales).

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_