

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CESÁREA

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 retirar 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.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La cesárea consiste en la extracción del feto, la placenta y las membranas mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en el útero (histerotomía) de la embarazada.

Sirve para que el feto nazca bien cuando su nacimiento no es posible por vía vaginal o para disminuir el riesgo para la salud de la madre o del feto cuando las circunstancias actuales del embarazo no aconsejan la vía vaginal.

Puede realizarse de forma programada (cesárea programada) o de urgencias (cesárea urgente).

CÓMO SE REALIZA:

La intervención precisa de anestesia general, local o regional. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

Se realiza una incisión en la piel, que puede ser vertical u horizontal. Otra en la pared del abdomen y en la del útero, que dependiendo de las características de su embarazo, será horizontal, vertical o mixta. Siempre que sea posible se le realizará una incisión horizontal, ya que ocasiona menos pérdida de sangre y cicatriza mejor. Hay ocasiones en las que es necesario hacer otro tipo de incisión para poder extraer al feto (prematuridad o presentación de nalgas) o porque las circunstancias de su gestación lo aconsejan (mioma previo, etc.).

Durante la cesárea se podrían realizar otros procedimientos quirúrgicos como son la ligadura de trompas, la extirpación de miomas pediculados o de quistes del ovario, la toma de muestras de ovario, etc. Para cualquiera de ellos tiene que haber sido informada con anterioridad y haber dado su consentimiento para que se le realice.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Después de la intervención puede presentar molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización. Lo habitual es que ceda en pocos días. Precisaré estar ingresada y guardar reposo unos días.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En disminuir los riesgos que para la salud de usted y/o de su hijo/a tendría con un parto por vía vaginal.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No las hay cuando no es posible el parto por vía vaginal.

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.

COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO:

Los riesgos más frecuentes y graves que pueden presentar son una mayor dificultad respiratoria y de adaptación neurológica sobre todo en prematuros, o lesiones del feto por dificultad en su extracción, que son más frecuentes en prematuros y con presentación de nalgas.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- **COMPLICACIONES MATERNAS:**

- Complicaciones de la herida quirúrgica como infección, hematomas y/o seromas.
- Infección de orina.
- Falta de movilización del intestino (íleo paralítico).

- **LOS MÁS GRAVES:**

- **COMPLICACIONES MATERNAS:**

- Presentar una hemorragia interna que puede llegar a precisar transfusión sanguínea o incluso si no cede, realizar una extirpación del útero (histerectomía).
- Posibilidad de lesionar órganos vecinos como la vejiga, el uréter, los intestinos, etc.
- Tener problemas obstructivos intestinales.
- Eventración postquirúrgica.
- Problemas de esterilidad.
- Dificultades en embarazos posteriores como embarazos extrauterinos, rotura uterina y anomalías en la inserción de la placenta.
- Mayor riesgo de mortalidad que en el parto vaginal.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

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.

Esta intervención no debe realizarse cuando el feto esté muerto en el útero y la madre no presente ninguna alteración en su estado de salud.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

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.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-------------------------	--

2. 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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___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 conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-------------------------	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

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

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:
