

 Servei Valencià de Salut ÀREA DE SALUD 6 HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA	PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO _____ SEGON COGNOM SEGON APELLIDO _____ NOME NOMBRE _____ DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXE SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C.I.P. _____ NOME D'INFORMACIÓ CLÍNICA NOME DE INFORMACIÓN CLÍNICA _____
	SERVEI / SECCIÓ SERVICIO / SECCIÓN _____ UNIDAT UNIDAD _____ CENTRE D'ESPECIALITAT CENTRO DE ESPECIALIDAD B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> FULL NÚM. NÚM. NÚM. _____

FULL D'AUTORITZACIÓ / HOJA DE AUTORIZACIÓN

Nom Nombre _____ DNI o passaport DNI o pasaporte _____ Domiciliat a domiciliado en _____ C/ _____ telèfon teléfono _____ cas a (1) en calidad de (1) _____	Major d'edat mayor de edad _____ Nòm. No. _____
--	--

de conformitat amb l'hospital, llicenciat i voluntàriament autoritzo el metge que designe al Servei d' de conformitat con el hospital, llicenciat i voluntariamente autorizo al médico que designe al Servicio de

la realització d (2)
 la realización de (2) _____

segons indicació del Dr/a
 según indicación del Dr/a _____

què m'ha informat dels mètodes, riscos, avantatges, fins i alternatives d'aquesta intervenció. També dels beneficis esperables i freqüents següents:
 lo que me ha informado de los métodos, riesgos, ventajas, fines y alternativas de la misma, así como de los beneficios esperables y frecuentes que a continuación figuran:

Beneficis esperables:
 Beneficios esperables: _____

Complicacions segures:
 Complicaciones seguras: _____

Complicacions freqüents:
 Complicaciones frecuentes: _____

estic satisfet/a amb la informació rebuda i sóc conscient que puc revocar aquesta autorització abans de la realització del procediment que se'm proposa.
 Me encuentro satisfecho/a con la información recibida y soy consciente de que puedo revocar esta autorización, con carácter previo a la realización del procedimiento que se me propone.

_____ d _____ de 199 _____

SIGNATURA DE L'INTERESSAT / FIRMA DEL INTERESADO _____
 SIGNATURA DEL METGE / FIRMA DEL MÉDICO _____

REVOCACIÓ / REVOCACIÓN

Nom Nombre _____ Domicini domicilio _____ revocant l'autorització dalt indicada. Revoco la autorización arriba señalada.	en presència de en presencia de _____ DNI _____
---	---

_____ d _____ de 199 _____

SIGNATURA DEL TITULAR / FIRMA DEL TITULAR _____
 SIGNATURA DE L'INTERESSAT / FIRMA DEL INTERESADO _____

On el metge presteu, responsable, cura o tutor i el pacia presten, responsable, cura o tutor.
 On el médico asigne el procedimiento en forma responsable por el paciente / firma responsable del procedimiento en forma responsable por el paciente.



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TELÈFONOS
AMBULANCIA ESPECIALIZADA
900 10 10 10

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROLAPSO GENTAL Y REPARACION DEL SUELO PERINEAL

Dña.....da.....afos, con domicilio eny DNI nº.....

Dña.....da.....afos, con domicilio eny DNI nº..... en calidad de representante legal, familiar o allegado de

DECLARO:

Que el Dr. / Dra. me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a una reparación del suelo pélvico.

1.- Aunque existen otras posibles opciones terapéuticas (por ejemplo: pesarios, gimnasia perineal, electroestimulación muscular...), mi situación actual aconseja el practicar una

2.- La intervención precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

3.- La intervención sólo se puede practicar por vía vaginal.

La intervención consiste en

Si se extirpa el útero se pierde la posibilidad de tener hijos y las menstruaciones. Se extirpan los ovarios funcionantes, se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

4. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo informada de los resultados.

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatías, 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, perineales, pévicas...)
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c) Lesiones vesicales, uretrales y/o uretrales.
- d) Lesiones intestinales.
- e) Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- f) Lesiones nerviosas que afecten al nervio ciático y/o pudendo.



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TALLERES DE
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 8

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROLAPSO GENITAL Y REPARACION DEL SUELO PERINEAL

A largo plazo podrían reidivar los prolapso (desceñicos), de cúpula vaginal, vesical y rectal, así como patología de ovarios restantes cuando se conserven los anejos.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podría variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones 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.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

en que se me realice una

También doy mi consentimiento a que participen en la intervención médicos en período de especialización, que la presencien personas autorizadas y que se puedan realizar fotografías y filmaciones, que puedan ser exhibidas, siempre que se mantenga mi intimidad.

En Valencia, a de de

Fdo. El médico

Fdo. La paciente



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TALONARI
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 5

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTERECTOMIA

Dña..... de..... años,
con domicilio en y DNI nº.....

Dña..... de..... años,
con domicilio en y DNI nº.....
en calidad de representante legal, familiar o allegado de

DECLARO:

Que el Dr. / Dra.
me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a una
HISTERECTOMIA.

1.- Aunque existen otras posibles opciones terapéuticas (por ejemplo:
miomectomías para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para
hemorragias y endometriosis), mi situación actual aconseja el practicar una
histerectomía, cuya indicación es:

2.- La histerectomía precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de
Anestesia,

3.- La histerectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal o
laparoscópica. En mi caso se practicará preferentemente por
vía:.....

La intervención consiste en la extirpación del cuerpo del útero, planteándose en
mi caso extirpar además:

- El cuello uterino (histerectomía total)
- Los anexos (ovarios y trompas)
-

lo que supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de
menstruaciones. Si se extirpan uno o varios ovarios funcionales, se instaura la
menopausa, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente,
según indicación médica.

4. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior,
siendo informada de los resultados.



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TARRAGONA
SERVICIO DE GINECOLOGIA
ANCA Nº 1

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTERECTOMIA

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatías, 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c) Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
- d) Lesiones intestinales.
- e) Fístulas vesicovaginales e intestinales.

A largo plazo podrían existir prolapso (descenso) de cúpula vaginal, hernias postlaparotómicas (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anejos.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

.....
.....
.....

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podría variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones 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.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.



**GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT**

**HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TALIBERAS
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 8**

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
Servicio de Ginecología
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
HISTERECTOMIA

Y en tales condiciones

CONSIENTO

en que se me realice una **HISTERECTOMÍA**.

También doy mi consentimiento a que participen en la intervención médica en periodo de especialización, que la presencien personas autorizadas y que se puedan realizar fotografías y filmaciones, que pueden ser exhibidas, siempre que se mantenga mi intimidad.

En Valencia, a de de

Fdo. El médico

Fdo. La paciente



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TUMOROLÓGIA
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 8

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Dña..... de..... años,
con domicilio en y DNI nº.....

Dña..... de..... años,
con domicilio en y DNI nº.....
en calidad de representante legal, familiar o allegado de

DECLARO:

Que el Dr. / Dra. me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA, para obtener información sobre el aspecto y las lesiones que se pueden observar en la cavidad uterina, y que me ha explicado y he comprendido y aceptado que:

1.- Que consiste en la introducción a través de la vulva y vagina, en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina de un sistema óptico que permite la visualización de las estructuras que recorre: Conducto endocervical y cavidad endometrial.

Para permitir esta visualización se introduce con el mismo sistema un haz de luz y se distiende la cavidad uterina por un gas (CO₂) o de un líquido (suero fisiológico).

2.- Que el motivo de que se me proponga esta intervención es

3.- Que en mi situación se considera una técnica segura para ser efectuada en régimen ambulatorio, sin ningún tipo de anestesia, con unas molestias secundarias razonables, pero que puede presentar una serie de efectos secundarios: Reacciones vagales (mareos, sudoración, malestar), dolor de hombros, dolor precordial y dolor abdominal, por el paso de gas al peritoneo. ...

4.- Que excepcionalmente puede presentar complicaciones más graves como embolias gaseosas, infecciones tuboperitoneales, perforación uterina, formación de falsas vías, algunas de las cuales pueden requerir la hospitalización inmediata, poner en peligro la vida y requerir tratamientos médicos y/o quirúrgicos adicionales.

5.- Que la exploración se suele completar con la práctica de biopsias endometriales que se realizarían dentro de la misma exploración, tras retirar el histeroscopio y con unas molestias igualmente razonables.



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TUBISOLAR
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 5

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

6.- Que la exploración no se puede completar siempre con absoluta seguridad, así pueda no completarse por problemas para atravesar el conducto cervical y visualizar la cavidad o por reacciones o complicaciones que pueden aconsejar no seguir el procedimiento.

7.- Que la alternativa prevista sería el logro uterino, que requiere anestesia, no obstante los hallazgos de la Histeroscopia pueden llevar a indicar después una histeroscopia quirúrgica o una histerectomía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO en que se me realice una HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA.

También doy mi consentimiento a que participen en la intervención médicos en periodo de especialización, que la presencien personas autorizadas y que se puedan realizar fotografías y filmaciones, que puedan ser exhibidas, siempre que se mantenga mi intimidad.

En Valencia, a de de



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TUBURQUELO
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA Nº 5

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA

Dña. _____ de _____ años,
con domicilio en _____ y DNI nº _____

D/ Dña _____ de _____ años,
con domicilio en _____ y DNI nº _____
en calidad de representante legal, familiar o allegado de _____

DECLARO:

Que el Dr/ Dña _____
me ha informado la necesidad / conveniencia de practicar una QUISTECTOMÍA y / o ANEXECTOMÍA
o una MIOECTOMÍA por laparoscopia, por presentar _____
y que se me ha explicado y he comprendido y aceptado que:

1. La laparoscopia es una técnica quirúrgica que consiste en la penetración en la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones en el abdomen, por donde se introduce una óptica y las pinzas quirúrgicas necesarias para la intervención, y que previa para su realización la disección de la cavidad abdominal con dióxido de carbono (CO₂).
2. La extirpación de dicho tumor puede realizarse mediante la quistectomía o tumorectomía que es la operación en que se exciden un quiste o tumor sólido de ovario, respetando total o parcialmente el ovario o anexo donde se encuentra; la ovariectomía, que es la resección completa del quiste de ovario y el ovario donde se encuentra éste; la annectomía, en la que se extirpa la trompa y el ovario del mismo lado; la salpingoanexectomía, que es la extirpación de la trompa de Falopio, y la miomectomía, que consiste en la extirpación de un mioma uterino respetando al feto. Los procesos ováricos o tubáricos pueden afectar a uno o ambos anexos y las miomas pueden ser únicos o múltiples.
3. Que aunque en principio siempre se intenta cuando está indicado la extirpación totalmente del quiste o tumor respetando al máximo el tejido ovárico, la naturaleza del tumor, el tipo de cirugía, los hallazgos macroscópicos operatorios (situación anexal, adherencias, paracitoma, ovario residual, etc.) y el desarrollo de la intervención en sí, pueden aconsejar o hacer necesaria la ovariectomía parcial o total, o la annectomía. En el caso de las miomectomías, las dificultades que pueden surgir para su completa enucleación (gran penetración en el feto, gran tamaño) o las complicaciones hemorrágicas pueden aconsejar o hacer necesario la realización de una histerectomía o extirpación completa del feto.
4. Cualquier procedimiento laparoscópico puede acarrear dificultades y complicaciones (imposibilidad de completar la cirugía, hemorragia intraoperatoria, quemaduras, lesión de órganos vecinos) que aconsejen o hagan necesaria la realización de una laparotomía, que consiste en la apertura de la cavidad abdominal mediante incisión longitudinal o transversa.
5. La extirpación de la tumoración anexal o el mioma precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TUMORES
ASISTENCIA ESPECIALIZADA
AREA IFS

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Servicio de Ginecología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA

- Aunque todos los hallazgos físicos y pruebas complementarias preoperatorias apunten hacia un proceso benigno, la pieza extirpada se someterá a estudio anatómopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo informada de los resultados, condicionando en ocasiones estos la necesidad de una intervención más amplia o la posibilidad de recidivas en el futuro, que dependerá de la propia naturaleza del proceso.
- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva consigo una serie de complicaciones comunes y potencialmente graves que pueden requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica son: enfisema subcutáneo, embolia pulmonar, quemaduras, infecciones con posible evolución séptica, hemorragias intra o postoperatorias, lesiones vesicales, ureterales o intestinales. En el caso de los quistes de ovario, aunque todas las pruebas indican que se trata de una tumoración benigna, en un mínimo porcentaje de casos (menor del 1%) la tumoración puede esconder un cáncer en estadio inicial, por lo que la rotura accidental o por su manipulación ocasionará el paso de una enfermedad en estadio inicial a un estadio más avanzado. En el caso de quistes endometriósicos, dada la naturaleza generalizada de la enfermedad, la extirpación completa del quiste o quistes no garantiza la curación del proceso.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

- Que me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas, incluídas las laparoscópicas.
- Si en el momento del acto quirúrgico surgen imprevistos, el equipo médico podrá variar la técnica programada.

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

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO en que se me realice una QUISTECTOMÍA y/o ANEXECTOMÍA o una MIOMECTOMÍA por vía laparoscópica.

También doy mi consentimiento a que participe en la intervención médica en período de especialización, que la presencia personas autorizadas y que se puedan realizar fotografías y filmaciones, que pueden ser exhibidas, siempre que se mantenga mi intimidad.

En Valencia a de de

Fdo. El médico

Fdo. La paciente



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
TELÈFON 061
AMBITUS ESPECIALITAT
AREA Nº 6

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
Servicio de Ginecología
DOCUMENTO DE DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO
A:

Dña. de años,
con domicilio en y DNI nº

Dña. de años,
con domicilio en y DNI nº
en calidad de representante legal, familiar o allegado de

DECLARO:

Que el Dr. / Dra.
me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a
realizar una que tiene por objeto

El doctor me ha informado de los riesgos que se derivan de no realizarse la
técnica, que son:

.....

Y que en mi caso pueden acrecentarse por

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha de la información recibida y que
comprendo el alcance y los riesgos de **NO SOMETERME** al procedimiento
indicado.

Y en tales condiciones **NO CONSIENTO** someterme a

.....

En Valencia, a de de

Fdo. El médico

Fdo. La paciente/Representante