

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VULVECTOMÍA RADICAL

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

Don/Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una VULVECTOMÍA RADICAL.

1. La intervención consiste en la extirpación **de toda la vulva**, es decir, labios mayores y menores, clítoris, además del monte de Venus, zona perineal y tercio externo de la vagina, **así como la extirpación de los ganglios linfáticos de las cadenas ganglionares inguinales (uni o bilaterales)**.

En mi caso se me practicará una vulvectomy radical cuya indicación es

2. **Consecuencias:** Probable alteración posterior de las relaciones sexuales.

3. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles 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 intervención quirúrgica, pueden ser:

- Dehiscencia de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias, de pared abdominal y/o de la herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).

Ocasionalmente:

- Lesiones vasculares o nerviosas (paquete vasculo-nervioso femoral), vesicales, uretrales o rectales.
- Fístulas vesicales y/ o rectales.
- Incontinencia urinaria y/ o fecal.

A largo plazo podrían existir complicaciones en el ámbito sexual como:

- Menor sensibilidad y disminución de la apetencia sexual.
- Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.
- Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

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

5. **Alternativas:** Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas: radioterapia o quimioterapia.

6. **Anestesia:** La vulvectomy radical precisa anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

7. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

8. **Anatomía Patológica:** Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviada para completar el estudio anatomopatológico, definitivo, siendo la paciente y/ o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

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 quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una VULVECTOMIA RADICAL.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)