

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERCLAJE CERVICAL

Nº Historia: .....

Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en .....y DNI Nº.....

Don/Doña: .....de .....años 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 procedimiento quirúrgico de CERCLAJE CERVICAL cuya finalidad es reducir el orificio cervical uterino por riesgo de aborto /parto prematuro.

1. La intervención consiste en colocar **una cinta o hilo alrededor del orificio cervical** y mediante su anudación se produce una reducción de la amplitud del mismo. La vía habitual de abordaje para realizar esta intervención es la vaginal.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

**Los riesgos potenciales de esta intervención** son la rotura prematura de las membranas, amnionitis, sangrados cervicales, imposibilidad de realizar la intervención, infección urinaria, desencadenamiento del parto /aborto, y los secundarios a la anestesia.

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

3. La intervención **no garantiza** absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos sin poder garantizar, por tanto, la posibilidad de un parto pretérmino.

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

5. **Alternativas:** Existen otras opciones terapéuticas conservadoras, que me han sido explicadas, que no implican la intervención quirúrgica, por lo que no producen el cierre del orificio cervical, como el reposo absoluto, la administración de fármacos uteroinhibidores, etc., con un porcentaje de éxito muy inferior.

6. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

7. **Anestesia:** La intervención debe realizarse bajo anestesia (general o locorregional), que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

**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 un CERCLAJE CERVICAL.

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)