

7.4. Consentimiento Informado para Terapia Ablativa

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA ABLATIVA

Se me ha explicado y comprendo que:

Se me ha detectado una probable lesión en el cuello del útero, que está relacionado con el desarrollo del Cáncer. Para tener un diagnóstico certero, se debe realizar el procedimiento de COLPOSCOPIA O TELEAPOYO AL DIAGNÓSTICO, el cual es sencillo y no necesito de anestesia.

La COLPOSCOPIA, es el examen mediante un microscopio que va a evaluar minuciosamente el estado de mi cuello uterino; si amerita me pueden sacar muestra para BIOPSIA. Durante este procedimiento puedo sentir dolor o sangrado leve que desaparecerá rápidamente. Si presento algún signo de alarma del cual me han explicado, debo acudir al establecimiento de salud más cercano.

Después de haberme explicado, de realizar las preguntas al Profesional de Salud y en pleno uso de mis facultades me NIEGO a recibir el procedimiento con la COLPOSCOPIA, deslindando toda responsabilidad al Profesional de Salud que me está brindando dicha atención.

Por tanto, mi persona solicita que me realicen la terapia ablativa:

() CRIOTERAPIA, que consiste en congelar y destruir células anormales.

() TERMOCOAGULACIÓN, que consiste en quemar y destruir células anormales.

Estas células anormales destruidas se desprenderán, presentando un flujo vaginal acuoso por 15 días a un mes, donde tendrán la necesidad de utilizar algún protector o toalla higiénica.

Durante este periodo, no debo de colocarme nada en la vagina (ni hacerme lavados o usar óvulos vaginales). No debo de tener relaciones sexuales durante un mes.

Existe el riesgo (10%) de que la terapia ablativa, aun cuando se haya aplicado correctamente, no sea efectiva, esto se detectará en los controles posteriores, que debe ser cada 4 a 6 meses por 2 años.

Existe la probabilidad (80%) que las lesiones de mi cuello uterino no sean precursoras de cáncer, en cuyo caso la terapia ablativa habrá sido innecesaria.

Como complicaciones secundarias que se pueden presentar son: hemorragia (durante o después de la crioterapia), aparición de enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones cervicouterinas locales, dolor o cólicos (en el transcurso de un mes desde la fecha de su inicio). Como secuelas a largo plazo, riesgo de estenosis y efectos negativos en la fecundidad y en los resultados obstétricos.

Yo....., luego de haber leído y entendido este documento, acepto de forma consiente y voluntaria el procedimiento de terapia ablativa: () crioterapia () termocoagulación, sin ninguna presión u obligación.

Firma del Paciente
D.N.I

Firma y sello de la/el Médica/o responsable de
la atención



G. Rosell

Firma del testigo (Familiar o Trabajador de Salud)
DNI:



Lugar y fecha: de del 20...

Fecha de próxima cita:

Me niego al procedimiento:

**TRIAJE VISUAL PARA TRATAMIENTO Y
TERAPIA ABLATIVA (TVT-TA)**

DNI / OTRA IDENTIFICACIÓN

RENIPRES	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA TVT
		/ / 20__

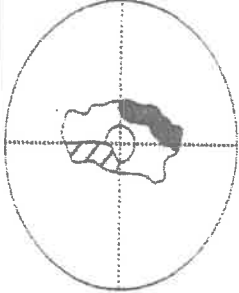




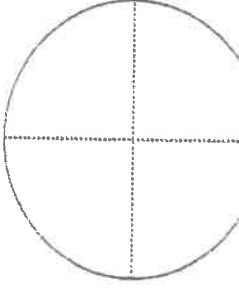
1. DATOS PERSONALES

1.1. Apellidos		1.2. Nombres	1.3. Edad
1.4. Teléfono	1.5. Hora de registro	1.6. ¿Tiene SIS? 1 ... Sí 2 ... No	1.7. N° Historia Clínica

2. CONSEJERÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.1. ¿Recibió consejería antes de TVT-TA? 1 ... Sí, recibió consejería 2 ... No recibió consejería	2.2. ¿Firmó consentimiento informado? 1 ... Sí, firmó consentimiento 2 ... No firmó consentimiento
---	---

3. TRIAJE VISUAL PARA TRATAMIENTO (TVT)

 <ul style="list-style-type: none">  Borde de la unión escamocolumnar  Zona aceto blanca  Orificio cervical  Descartar neoplasia 		3.4. Decisión para terapia ablativa 1 ... Sí, elegible para TA 2 ... No elegible para TA 2.1 ... Lesión de mayor extensión 2.2 ... Invasión de orificio endocervical 2.3 ... Visualización incompleta de zona de transformación 2.4 ... Otro: _____
3.5. Hallazgos del TVT		3.3. Hora de inicio TVT

4. TERAPIA ABLATIVA (TA)

4.1. ¿Recibió TA? 1 ... Sí, recibió TA 2 ... No recibió TA	4.3. ¿Por qué NO recibió TA? 1 ... No elegible 2 ... Otra razón: _____ 3 ... Diferido (Fecha: / / 20__) 4 ... Rechazo
4.2. Fecha de TA: / / 20__	

5. REFERENCIA

5.1. ¿Fue referida? 1 ... Sí, recibió referencia 2 ... No recibió referencia ¿Por qué no? - Especificar _____	5.2. Fecha de referencia / / 20__	5.3. EE.SS de referencia
		5.4. Hora fin TVT - TA

Nombre y sello del médico

8.5. REPORTE DE TERAPIA ABLATIVA

REPORTE DE TERAPIA ABLATIVA

DATOS PERSONALES

Fecha:	Hora:	N° de HC:
Nombre:	Apellidos:	DNI:
Departamento:	Servicio:	

PROCEDIMIENTO

Responsable:

Diagnóstico Pre Operatorio:

Procedimiento desarrollado

() crioterapia

() termocoagulación

Hallazgos:

Procedimiento desarrollado:



Complicaciones:



Firma y sello de la/el Médico responsable de la atención



INSTRUCCIONES PARA LAS PACIENTES DESPUÉS DE LA TERMOCOAGULACIÓN

- Después del tratamiento puede presentar flujo vaginal acuoso por 4 a 6 semanas.
- Algunas mujeres pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico.
- Tome 01 tableta de Ibuprofeno sólo si tiene dolor.
- No debe tener relaciones sexuales por un mes. Si no es posible evitarlas, debe esperar 15 días y usar preservativo (condón).
- **Si el flujo se hace mal oliente y/o se acompaña de dolor abdominal tipo cólico intenso, se presenta fiebre por más de dos días o hay sangrado vaginal con coágulos, por favor acérquese al centro de salud.**
- Retornar al consultorio al primer mes para un control.
- Cualquier duda que usted tenga comuníquela, que el personal de salud gustosamente le responderá.

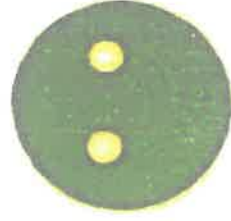


INSTRUCCIONES PARA LAS PACIENTES DESPUÉS DE LA TERMOCOAGULACIÓN

- Después del tratamiento puede presentar flujo vaginal acuoso por 4 a 6 semanas.
- Algunas mujeres pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico.
- Tome 01 tableta de Ibuprofeno sólo si tiene dolor.
- No debe tener relaciones sexuales por un mes. Si no es posible evitarlas, debe esperar 15 días y usar preservativo (condón).
- **Si el flujo se hace mal oliente y/o se acompaña de dolor abdominal tipo cólico intenso, se presenta fiebre por más de dos días o hay sangrado vaginal con coágulos, por favor acérquese al centro de salud.**
- Retornar al consultorio al primer mes para un control.
- Cualquier duda que usted tenga comuníquela, que el personal de salud gustosamente le responderá.

Escala del dolor EVA (Escala Visual Analógica)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sin
Dolor



Poco
Dolor



Dolor
Moderado



Dolor
Fuerte



Dolor
Muy Fuerte



Dolor
Extremo

La escala del dolor EVA mide la intensidad del propio dolor según lo percibe el paciente, en la cual el 0 es la ausencia de dolor y el 10 consiste en un dolor insoportable o agónico.