

● inglés

Nº historia / History number

Doña / Ms. .... de / aged ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address .....  
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number .....

Don/Doña / Mr./Ms. .... de / aged ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address .....  
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number .....

En calidad de / As a ..... de Doña / of Ms. ....

(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of the patient)

**Declaro / I declare**

Que el doctor/a / That doctor .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información) / (Name and surname of doctor providing the information)

**Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una conización cervical.**  
**Has told me that, in my situation, it is necessary/advisable to perform a cervical conization.**

1. Se trata de una intervención quirúrgica consistente en la **extirpación de una parte del cuello del útero** en forma de cono, y cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica.

En mi caso concreto el motivo es

.....

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica empleada 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 porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas potenciales de la intervención son:

- Hemorragia (inmediata o tardía).
- Estenosis cervical.
- Cuello uterino incompetente.
- Extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos, lesión residual y lesión *de novo*).
- Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía.
- Excepcionalmente, perforación uterina.

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

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

.....

4. **Alternativas:** me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.

La conización puede efectuarse con bisturí, con láser o con asa electroquirúrgica.

En mi situación se efectuará mediante

.....

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

1. This is a surgical procedure which involves **removing a cone shaped part of the cervix**, for diagnostic and/or therapeutic purposes.

In my particular case, the purpose is

.....

2. **Complications and/or risks and failure:** due to the technique itself and depending on the health condition of each patient (diabetes, cardiopathies, hypertension, old age, anemia, obesity, etc.), any surgical procedure implicitly entails a number of potential common complications and other possibly more serious ones, which may require supplementary treatment, either medical or surgical, as well as a very low risk of mortality.

The specific potential complications of this procedure are:

- Hemorrhage (immediate or delayed).
- Cervical stenosis.
- Incompetent cervix.
- Failure to fully remove the abnormal tissue (positive margins, residual lesion and *de novo* lesion).
- Accidental burns when electro-surgery is used.
- Exceptionally, uterine perforation.

If an unexpected event arises during the operation, the medical team will be able to modify the usual or planned surgical technique.

3. **Due to my current condition**, the doctor has explained to me that I may face increased or additional risks and complications such as

.....

4. **Alternatives:** I have been told that other therapeutic options are available, such as cervical amputation, local destructive treatment, and hysterectomy under certain conditions.

Conization can be performed with a scalpel, with laser or with an electrocautery loop.

In my case, it will be performed with

.....

5. **Care:** I have been informed about the precautions, and possible treatment, that I will need to carry out after the procedure, and I commit to complying with these directions.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO / INFORMED CONSENT DOCUMENT



6. **Anestesia:** el procedimiento se puede realizar con anestesia local o general, dependiendo de los casos. Si fuera anestesia general, se valorará 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:** la pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, **puede ser necesario completar esta intervención** con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

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.

6. **Anesthesia:** this procedure can be performed with local or general anesthesia, depending on each case. If it were general anesthesia, the Anesthesia Department will be responsible for its assessment.

7. **Transfusions:** one cannot rule out the possibility that a need for a blood transfusion may arise during the scheduled operation. If so, it would be done following the necessary precautions by appropriately qualified medical staff.

8. **Pathological anatomy:** the piece or pieces removed during the procedure will then undergo an anatomopathological study in order to reach a definite diagnosis. The patient and/or her relatives or her legal representative (if applicable) will be informed of the results of the study. I have also understood that, depending on the anatomopathological results and, thus, on the definite diagnosis, **it may be necessary to complete this procedure** with more extensive surgery. If so, I will be informed.

I have understood the explanations that I have been given in clear, simple language, and the doctor who has seen me has allowed me to make all the observations I felt necessary and **has clarified** all my questions.

I also understand that **I can revoke** this consent at any point in time without having to explain the reasons for my decision.

I therefore state that I am **satisfied** with the information I have received and that **I understand** the implications and the risks of the proposed surgical treatment.

Y en tales condiciones / Under such conditions,

**Consiento / I consent**

Que se me realice una conización cervical / To undergoing a cervical conization

En / In .....  
(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico  
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente  
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)  
Signed by: the legal representative (if applicable)

**Revocación / Revocation**

Doña / Ms. .... de / aged ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address .....  
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number .....

Don/Doña / Mr./Ms. .... de / aged ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address .....  
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number .....

En calidad de / As a ..... de Doña / of Ms. ....  
(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of patient)

Revoco el consentimiento prestado en fecha / I revoke my consent dated .....  
Y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.  
As I do not wish to continue with the proposed treatment, which I consider terminated as of today.

En / In .....  
(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico  
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente  
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)  
Signed by: the legal representative (if applicable)

