

● 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 / Has told me that, in my situation, it is necessary/advisable to perform a
..... por presentar / as I show.....**

1. La patología anexial y/o del ligamento ancho (tumoral o de otra naturaleza) dará lugar a cirugía **conservadora o a la extirpación total o parcial** de los órganos afectados unilateral o bilateralmente.

La intervención quirúrgica puede realizarse mediante laparotomía o por laparoscopia. En mi caso concreto la técnica será

2. **Consecuencias:** ocasionalmente será precisa la extirpación de ambos ovarios, lo que dará lugar a esterilidad y pérdida de menstruación en mujeres jóvenes. La extirpación de ambas trompas dará lugar también a esterilidad.

3. **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, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la intervención son:

- Infecciones con posible evolución febril.
- Hemorragias intra o postoperatorias.
- Lesiones vesicales, ureterales, intestinales, vasculares o neurológicas.
- Rotura de un quiste, extirpación incompleta del quiste, etc.

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:** me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas (tratamientos hormonales, punciones aspirativas, etc.).

1. Adnexal and/or broad ligament pathologies (of tumorous or other nature) require either **conservative surgery or full or partial removal** of the affected organs, on one or both sides.

This surgical procedure can be carried out by performing a laparotomy or a laparoscopy. In my particular case, the technique will be

2. **Consequences:** occasionally, both ovaries need to be removed. This will cause sterility and loss of menstruation in young women. Removal of both tubes will also result in sterility.

3. **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 complications that may result from this procedure are:

- Infections with potential fever.
- Hemorrhage during or after the operation.
- Bladder, ureter, intestinal or neurological injuries.
- Breakage of a cyst, incomplete removal of the cyst, etc.

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

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

5. **Alternatives:** I have been informed that other medical and surgical therapeutic options exist (hormone treatments, aspirative punctures, etc.).

6. **Anestesia:** la intervención debe realizarse bajo 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:** la pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

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 must be performed with anesthesia, whose assessment will be the Anesthesia Department's responsibility.

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 undergo an anatomopathological study, during and/or after the operation, 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. This study may determine the need for further surgery to supplement the first operation.

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 procedure.

Y en tales condiciones / Under such conditions,

Consiento / I consent

Que se me realice un tratamiento quirúrgico de patología anexial y/o del ligamento ancho / To undergoing surgical treatment for adnexal and/or broad ligament pathology

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)

