

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA

Doña .....  
de ..... años de edad y con D.N.I. nº .....  
Don/Doña

.....  
de ..... años de edad y con D.N.I. nº .....  
en calidad de ..... (representante legal o tutor)

### DECLARO

que el Dr./Dra. ....  
me ha explicado convenientemente la intervención de oclusión tubárica.

La intervención de oclusión tubárica consiste en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio para impedir el embarazo.

Esta técnica requiere anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

La efectividad de la oclusión tubárica es muy alta, pero no del 100%, debido a fallos excepcionales.

La oclusión tubárica es una técnica de contracepción definitiva, pero es posible en ocasiones la reversibilidad quirúrgica o una fecundación *in vitro* si se desea un nuevo embarazo.

Como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de mortalidad derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Las complicaciones que pueden aparecer son:

- intraoperatorias (lesiones de órganos vecinos)
- postoperatorias:
  - leves y más frecuentes: seromas, hemorragias, cistitis, dolor en el hombro por irritación del nervio frénico, anemia, ...
  - graves y excepcionales: eventración, apnea, trombosis, hematomas, infecciones, hemorragia, ...

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

.....  
.....  
Si en el momento de la intervención surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado y el médico ha aclarado mis dudas.

CONSIENTO en la realización de la oclusión tubárica.

FIRMA DE LA USUARIA

FIRMA DEL MÉDICO

En ..... Fecha .....