



Una Elección Saludable

FECHA _____

NOMBRE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLPOSCOPIA

LA COLPOSCOPIA

Es un examen sencillo del cuello, vagina y vulva, similar a la toma de citología cervicovaginal, donde se realiza observación con un microscopio especial que permite visualizar los cambios ocurridos en el cuello del útero. Para ayudarnos durante este examen se utilizan sustancias que facilitan el reconocimiento de estas lesiones. Cuando el ginecólogo visualiza las lesiones sospechosas procede a tomar una muestra pequeña (biopsia) para posteriormente ser analizado por un patólogo. Normalmente puede presentar sangrado y dolor durante el procedimiento.

Riesgos de la Colposcopia

1. Molestias producidas por las soluciones aplicadas.
2. Calambres, picadas o leve dolor.
3. Sangrado mínimo durante varios días. Si es moderado se dejará una gasa para retirarla 6 horas después.
4. Infección.

Si sospecha que está embarazada avisar al ginecólogo.

Yo _____ identificada con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales y psíquicas sin presión o inducción alguna, doy el consentimiento para que el ginecólogo de UroGine realice el procedimiento de colposcopia y biopsia. Acepto sus riesgos e imprevistos.

Entiendo lo que he leído, se me ha explicado verbalmente y por escrito acerca del procedimiento, los cuidados que debo tener antes y después de la colposcopia, los riesgos justificados y previsibles. También se me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas.

Entiendo que este procedimiento puede traer efectos adversos, como infección y sangrado, propias del procedimiento que aquí autorizo, los cuales asumo bajo mi responsabilidad.

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ C.C. _____

TESTIGO SI ES MENOR DE EDAD _____

FIRMA DEL MÉDICO _____