

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ACTITUD EXPECTANTE DEL EMBARAZO ECTÓPICO ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El embarazo ectópico se produce cuando el embarazo se implanta fuera de su lugar natural, el útero; el lugar más frecuente de implantación ectópica son las trompas de Falopio, pero también puede ocurrir en el ovario, cuello y/o cuerno uterino y abdomen.

No todos los embarazos ectópicos progresan y ponen en riesgo a la paciente.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La permeabilidad futura de la trompa es del 80%.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Tratamiento médico y/o tratamiento quirúrgico.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La resolución del embarazo ectópico está bien documentada, ocurriendo en el 44-69% de los casos correctamente indicados.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La posibilidad de no controlar la evolución de la gestión con la consecuente aparición de complicaciones.

RIESGOS FRECUENTES

Dolor abdominal. También llamado "dolor de resolución". Es el efecto secundario más frecuente (afecta al 60-75% de las pacientes).

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Rotura del embarazo ectópico.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Además de los riesgos anteriormente citados cada paciente presenta un riesgo añadido por la/s enfermedad/es que puede presentar en el momento de la intervención.

CONTRAINDICACIONES

1. Rotura o sospecha de rotura de embarazo ectópico.
2. β - HCG (Prueba para la detección temprana del embarazo) > 1500 mUI/ml y/o en ascenso.

C. INFORMADO ACTITUD EXPECTANTE DEL EMBARAZO ECTÓPICO

3. No posibilidad de controles adecuados.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA