

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA 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

La histeroscopia es una prueba diagnóstica que consiste en la visualización del interior de la cavidad uterina mediante un sistema óptico, conectado a un monitor externo.

Para ello es necesario desplegar la cavidad endometrial, puesto que se trata de una "cavidad virtual", con un medio de expansión que puede ser gas (monóxido de carbono) o líquido (suero fisiológico o agua de irrigación).

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Obtener información sobre la cavidad uterina y el endometrio, así como de las lesiones que se puedan observar en su interior.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Biopsia con Cánula de Cornier o legrado biopsia, aunque el método gold estándar actualmente es la Histeroscopia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En el transcurso de la misma, puede procederse a la extracción de un pequeño fragmento de endometrio, pólipos....etc. (biopsia).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Ausencia de diagnóstico y en ocasiones de tratamiento.

RIESGOS FRECUENTES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de esta técnica son:

1. Imposibilidad de realización.
2. Dolor.
3. Hemorragia
4. Reacción vagal al atravesar el orificio cervical con el histeroscopio, que consiste en la aparición de bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca) con sensación nauseosa y sensación de mareo, que en ocasiones precisa la administración de atropina.
5. Si se utiliza gas como medio de expansión de la cavidad uterina, puede aparecer una omalgia, o dolor a nivel del omóplato o del hombro por paso de gas a la cavidad abdominal. Ocasionalmente, infección de las trompas (salpingitis). Muy excepcionalmente < 1 por diez mil puede ocurrir un tromboembolismo gaseoso por el paso del gas a

sangre.

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

1. Perforación uterina.
2. Desgarros cervicales.
3. Infecciones pélvicas.

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

CONTRAINDICACIONES

1. Infecciones vaginales ó pélvicas previas.
2. Embarazo.

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