

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U.) 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 DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo que indicará los controles posteriores a los que debo someterme, así como la duración del mismo.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Existen otros muchos métodos anticonceptivos, tanto temporales, como anticoncepción hormonal (tanto por vía oral, transcutánea o vaginal) uso de diafragmas, preservativos, etc, como permanentes como la obstrucción tubárica o la vasectomía masculina. De todos estos métodos he sido ampliamente informada.

También en caso de DIU HORMONADO con progestágenos, existe la alternativa de hormonoterapia por otras vías como la oral.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Anticoncepción. En el caso del DIU hormonado, el derivado de la propia hormona que lleva.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En el caso de que no se inserte no se estará protegida con un método anticonceptivo.

En caso del DIU hormonado, no recibirá la hormonoterapia, que su patología endometrial aconseja recibir, y se puede evolucionar con metrorragias u otras patologías endometriales mas graves.

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

- Dolor.
- Perforación uterina.
- Infección en un período menor de un mes. Pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

2. En la evolución:

- Gestación (1-3%). Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 1-3%.
- Descenso y expulsión. Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.

C. INFORMADO PARA LA INSERCIÓN DE D.I.U.

- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.

- Dolor.
- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

3. En su extracción:

- Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción si hubiera gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...

4. En caso de DIU hormonado:

El derivado del gestágeno que lleva el dispositivo. Sus riesgos son similares al tratamiento por vía oral u otras vías de administración.

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

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

CONTRAINDICACIONES

Cuando la paciente tenga contraindicado el cobre, en caso de ciertas enfermedades.

En caso de DIU hormonado, cuando la paciente tenga contraindicado los gestágenos.

| | | | |
|--|------------|--------------|--------------|
| 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 |