

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA GESTACIÓN PRECOZ INTERRUPTIDA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

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

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
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			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La gestación precoz interrumpida es considerada una situación clínica que precisa la evacuación uterina durante el primer trimestre de la gestación.

El misoprostol es un medicamento utilizado para tratar las úlceras pépticas, además de esa indicación es demostrada su tanto como inductor del parto, en la hemorragia postparto, como en la evacuación uterina. Todas ellas son indicaciones ginecológicas y obstétricas no aprobadas en el momento actual por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), para las que se requiere la tramitación en régimen de uso compasivo.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Con el tratamiento médico de la gestación precoz interrumpida se obtienen similares tasas de eficacia que el tratamiento quirúrgico evitando el ingreso hospitalario y el uso de anestesia que este último proceso requiere.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Tratamiento quirúrgico (Legrado Obstétrico Evacuador), el cual requiere ingreso hospitalario y anestesia.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Como se ha descrito en uno de los puntos anteriores con el tratamiento con misoprostol se consiguen tasas de eficacia similares a las acontecidas con la evacuación uterina quirúrgica.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de una completa evacuación de restos intrauterinos podría conllevar a la aparición de síntomas sépticos ( fiebre, dolor...).

### RIESGOS FRECUENTES

1. Sangrado vaginal.
2. Dolor abdominal.
3. Náuseas y/o vómito
4. Flatulencia.
5. Cefaleas.

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

1. Síntomas de hipersensibilidad al fármaco ( anafilaxia....).
2. Hemorragia severa.
3. Hipertermia.

### C. INFORMADO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE LA GESTACIÓN PRECOZ INTERRUPTIDA

4. Letargia.
5. Vértigos.

**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**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>