

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPEÚTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en introducir un aparato llamado histeroscopio, que es un tubo delgado con una cámara en su extremo, a través de la vagina y el cuello del útero, para observar el interior. La cavidad uterina se expande mediante un medio líquido.

El objetivo es tener información sobre el aspecto del endometrio (capa que reviste el interior del útero) y de los posibles problemas y en su caso tratarlos (polipectomía, miomectomía, biopsia endometrial, septoplastia, extracción de DIUs, etc.).

Es una técnica muy precisa y poco invasiva. El procedimiento puede realizarse con anestesia; en el caso de que se realice en consulta, se suele utilizar anestesia local, mientras que en quirófano, la anestesia será valorada por el Servicio de Anestesiología.

La finalidad de la técnica es detectar y tratar problemas en el útero para mejorar la salud y el bienestar de la mujer.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor, calambres o molestias durante o después del procedimiento.
- Reacciones vagales.
- Desgarros en el cuello del útero.
- Perforación uterina y/o de órganos vecinos y falsas vías que precisen laparoscopia o laparotomía de urgencia.
- Infección vejiga, útero, etc.
- Sangrado.
- Quemaduras accidentales por electrocirugía.
- Alteración en la concentración de sales y agua en el cuerpo, secundaria al paso excesivo de líquido utilizado para la distensión a la sangre (síndrome hiperosmolar).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Presentar infección pélvica activa.
- Embarazo actual o sospecha de embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Se podría considerar el seguimiento mediante:

- Ecografía.
- Histerosalpingografía.
- Tratamiento con fármacos.
- Legrado uterino.

AUTORIZACIÓN PARA "HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPEÚTICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: