

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSONOSALPINGOGRAFÍA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La histerosalpingografía es una exploración complementaria que informa de la morfología y permeabilidad de las trompas de Falopio.

Es una prueba ambulatoria que consiste en la introducción de una espuma estéril en el interior de la cavidad uterina a través del cuello uterino mediante una fina sonda.

La ecografía transvaginal y 3D nos permite visualizar en tiempo real el paso de la espuma desde la cavidad uterina hasta la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio. El procedimiento dibuja el trayecto de las trompas, si son normales o están dilatadas y si son permeables. Tras la exploración el producto utilizado irá saliendo por la vagina.

Con esta técnica se evita la radiación y el uso del contraste.

A criterio del especialista y previa a su realización se le recomendará la administración de tratamiento antibiótico o de medicación analgésica tipo antinflamatorio no esteroideo.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba bien tolerada. En alguna ocasión puede aparecer dolor abdominal (similar al de la menstruación), sangrado vaginal o infección (inferior al 1 %).

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

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

### CONTRAINDICACIONES

- Infecciones activas.
- Hemorragias en el momento de la realización de la técnica.
- Sospecha de embarazo.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Histerosalpingografía.

### **AUTORIZACIÓN PARA "HISTEROSONOSALPINGOGRAFÍA"**

Yo, D./D.<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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

|                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra.           |
| DNI/NIE o pasaporte:           | Col. Nº:<br>Servicio de: |

---

### **Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: