

 <p>Medicina fetal</p>	<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE®)</p> <p align="center">(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)</p>	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	1 de 2

Yo,deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

1. Me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Endoceptivo intrauterino (T DE COBRE), del modelo.....

El Endoceptivo intrauterino (T DE COBRE), es un dispositivo, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunos trastornos menstruales.

La colocación del Endoceptivo intrauterino (T DE COBRE®), y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a. 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.
- b. En la evolución:
 - Gestación, si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico (Riesgo de 0.3 – 0.5% por cada 1000). La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 0.3 – 3%.
 - Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
 - 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.
- c. 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 se presentase gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/ micro laparotomía si perforación o embarazo ectópico, Histeroscopia...

3. **Mi situación actual**, el Médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

Y en tales condiciones

Autorizo la inserción **ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE®)**

 Medicina fetal	CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE®) (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	2 de 2

Firma del responsable _____ C.C. _____

Ciudad y fecha _____

FIRMA DEL MEDICO : _____

 Medicina fetal	CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (MIRENA®) (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
	PÁGINA	1 de 2	

Yo,deaños de edad
 (NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
 (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

1. Me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Endoceptivo intrauterino (Mirena®), del modelo.....

El Endoceptivo intrauterino (Mirena®), es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por silicona o que contiene medicamentos, **que se coloca dentro del útero** con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunos trastornos menstruales.

La colocación del Endoceptivo intrauterino (Mirena®), y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

a. 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.

b. En la evolución:

- Gestación, si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico (Riesgo de 0.3 – 0.5% por cada 1000). La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 0.3 – 3%.
- Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
- 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.

c. 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 se presentase gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/ micro laparotomía si perforación o embarazo ectópico, Histeroscopia...

3. **Mi situación actual**, el Médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

Autorizo la **INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (MIRENA®)**

Firma del responsable _____ C.C. _____

 Medicina fetal	CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (MIRENA®) (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	2 de 2

Ciudad y fecha _____

FIRMA DEL MEDICO : _____

 <p>Medicina fetal</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (JAYDESS®)</p> <p>(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)</p>	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	1 de 2

Yo,deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

1. Me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Endoceptivo intrauterino (Jaydess®), del modelo.....

El Endoceptivo intrauterino (Jaydess®), es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por silicona o que contiene medicamentos, **que se coloca dentro del útero** con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunos trastornos menstruales.

La colocación del Endoceptivo intrauterino (Jaydess®), y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a. 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.
- b. En la evolución:
 - Gestación, si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico (Riesgo de 0.3 – 0.5% por cada 1000). La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 0.3 – 3%.
 - Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
 - 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.
- c. 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 se presentase gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/ micro laparotomía si perforación o embarazo ectópico, Histeroscopia...

3. **Mi situación actual**, el Médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

Autorizo la **INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (JAYDESS®)**

Firma del responsable _____ C.C. _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARA INSERCIÓN DE UN ENDOCEPTIVO INTRAUTERINO (JAYDESS®) (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	2 de 2

Ciudad y fecha _____

FIRMA DEL MEDICO : _____