 <b>Medicina fetal</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROCEDIMIENTOS          HISTEROSONOGRAFÍA</b> (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	Julio 2009
		PÁGINA	2 de 4

**DIA:** \_\_\_\_ **MES:** \_\_\_\_\_ **AÑO:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad e identificado(a) con el

documento N- \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

**1)** Otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_, médico especialista, para que por intermedio suyo y con el apoyo del personal designado, me practiquen el procedimiento denominado HISTEROSONOGRAFÍA

**2)** He sido informado (a) por el Doctor sobre los riesgos generales de toda amniocentesis como se define a continuación:

La HISTEROSONOGRAFÍA es un procedimiento realizado frecuentemente en ULTRASONIDO GINECOLOGICO. Se ha estimado que se puede presentar complicaciones en 1 de cada 100 procedimientos y las complicaciones conocidas son:

a. Dolor intenso y/o reacción vagal: Aproximadamente 1% de las mujeres que se someten a histerosonografía pueden presentar dolor intenso que limite u obligue a suspender el procedimiento. Un subgrupo de pacientes puede presentar un desmayo o sensación de desvanecimiento, en cualquier momento puedo solicitar que se suspenda el procedimiento y he consumido una hora antes del procedimiento una dosis de antiinflamatorio oral.

b. Infección de la cavidad uterina: Es una complicación poco frecuentemente presentada, estudios serios han encontrado una tasa de infecciones de 1 por cada 200 histerosonografías y procedimientos relacionados, entiendo que para mi procedimiento se seguirán todas las normas que eviten la infección, como la limpieza del cuello y la vagina con jabón quirúrgico y el uso de materiales estériles y no reutilizables.

c. Peritonitis: La presencia de una infección oculta y silenciosa dentro del útero o las trompas puede desembocar en una peritonitis es decir el paso de infección al interior de la cavidad del abdomen, esta complicación, que es infrecuente, puede ser manejada médicamente en casos leves, pero en casos severos puede requerir cirugías tan agresivas como la extracción del útero y los ovarios. La peritonitis puede matar a una persona, pero la peritonitis derivada de este examen nunca ha sido reportada en la literatura como causa de muerte.

**3)** Este procedimiento es bien tolerado por casi todas las pacientes, no requiere la aplicación de anestésicos tópicos y en más de 90% de los casos solo es necesario un solo intento por llevar la cánula al interior del útero. Se me ha informado que debo permanecer quieta y tranquila durante el procedimiento, por mi seguridad, si considero que no puedo tolerar el procedimiento debo advertirlo oportunamente al médico


**4)** El Doctor me ha explicado que existen riesgos potenciales difíciles de prever y por esta razón no pueden ser advertidos, declaro que consciente y suficientemente informada de ello, asumo dichos riesgos y ratifico mi consentimiento para que el Especialista mencionado anteriormente me practique el procedimiento.

**5)** Declaro que soy consciente que el procedimiento que he aceptado voluntariamente que me sea practicado, puede requerir de tratamientos complementarios que no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o Medicina Prepagada al cual pertenezco y no derivados de estos deberé asumir particularmente esos costos.

**6)** En algunas muy escasas situaciones en las que se va a realizar hidrosonografía es imposible canalizar el cuello uterino y en ese caso el médico deberá decidir entre suspender el procedimiento, realizarlo bajo anestesia o diferirlo después del uso de medicamentos que faciliten la dilatación del cuello

**7)** Fui advertido por el especialista sobre los cuidados que debo tener antes y después del procedimiento.

**8)** El Doctor me insistió en que le consultara sobre todas las inquietudes o dudas con respecto al procedimiento y

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROCEDIMIENTOS HISTEROSONOGRAFÍA</b> (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	Julio 2009
		PÁGINA	3 de 4

las preguntas que le hice me fueron resueltas satisfactoriamente.

Certifico que el presente documento fue leído y entendido por mí en su integridad.

#### ACEPTACION DE EXAMEN

Yo, \_\_\_\_\_ con CC: \_\_\_\_\_ bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO : \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Como tutor legal o familiar sé que el paciente \_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento escrito. El Doctor me ha explicado de manera satisfactoria que es, como se hace y para que sirve. También me ha explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad N- \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y el personal auxiliar que el precise le realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

FIRMA DEL FAMILIAR \_\_\_\_\_

PARENTEZCO \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_