

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente o solicitante	
R.U.T del Paciente	
Edad	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Inserción de un dispositivo Intrauterino consiste en la introducción del dispositivo dentro de la cavidad uterina con instrumental adecuado que no necesita el uso de anestesia para su colocación y/o extracción.

El DIU es un dispositivo fabricado de distintos materiales, que libera Cobre o medicamentos (Hormonas), el cual se inserta dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunos sangrados uterinos anormales.

Este método es reversible, esto quiere decir que recupera su fertilidad cuando deje de utilizar el método.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del este, por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Para el dispositivo intrauterino con cobre:

- Aumento o disminución en los sangrados menstruales
- Posibilidad de dolor durante la menstruación
- Perforación uterina (que eventualmente puede requerir una intervención quirúrgica)
- Inserción a través de falsa vía (incrustado)
- Dolor intolerable y reacción vagal posterior a la inserción del dispositivo
- Infección en un periodo menor de un mes

Durante su permanencia puede ocurrir:

Gestación (1-2%), si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 1-2%, 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.

Al momento de la extracción: Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existen otros métodos que puede usarse temporalmente para planificar su familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdermicos, métodos de barrera (condones y otros), anticoncepción quirúrgica voluntaria y otros.

En su caso el procedimiento que se realizara será (marque con una X):

Inserción de un dispositivo Intrauterino

Extracción de un dispositivo Intrauterino

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Dispositivo Intrauterino** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO, por el Dr.(a) _____.

DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)