



Documento de consentimiento informado para histerosalpingografía

El **OBJETIVO** de esta exploración es valorar radiológicamente su útero, fundamentalmente la permeabilidad de sus trompas de Falopio. Éstas son los conductos por los que el óvulo pasa desde el ovario hasta la cavidad uterina, donde se desarrolla el posible embarazo. Si estas trompas no son permeables, el embarazo no es posible.

También sirve esta exploración para valorar la forma, situación, u otras alteraciones del útero.

La prueba consiste en introducir una sustancia de contraste generalmente yodado a través del orificio del cuello del útero, mientras se realizan varias radiografías de su pelvis.

De esta forma comprobamos la forma del útero y la permeabilidad de las trompas.

Es posible que se produzca una ligera molestia o dolor por el paso del contraste a su abdomen. Esto generalmente dura pocos minutos, aunque puede persistir, o aparecer horas después. Generalmente se calma con analgésicos comunes. También puede haber un pequeño sangrado vaginal en las primeras horas, por lo que deberá usar compresa.

El uso de **CONTRASTES YODADOS** puede muy raramente tener **COMPLICACIONES**. Estas complicaciones, si se producen, generalmente son leves (náuseas, vómitos, urticaria, dolor, edemas, bajada de tensión, etc.).

Muy raramente ocurren reacciones graves (arritmia, convulsiones, dificultad respiratoria, insuficiencia renal, reacción anafiláctica, etc.) que pueden incluso, muy raramente ser mortales. Esto ocurre con mayor frecuencia si usted ha tenido reacciones anteriormente a los contrastes yodados, por lo que debe comunicárselo al médico antes de comenzar la prueba.

Otros riesgos de la prueba son la aparición de hemorragias e infecciones. Además la infección previa del aparato genital (enfermedad inflamatoria pélvica), o las ETS (enfermedades de transmisión sexual) pueden asociarse a una complicación grave: la extensión de la infección a la cavidad peritoneal- peritonitis. En el caso de que haya sido diagnosticada de alguna de estas enfermedades recientemente, debe comunicárnoslo.

Otros riesgos:.....

Existen otras **alternativas** a este procedimiento, aunque creemos que ésta es la que nos da mayor información para su diagnóstico y la más conveniente. Las alternativas son generalmente la ecografía, la laparoscopia o la histeroscopia.

Es importante asegurarnos de que **no está embarazada** en este momento, por lo que deberá asegurarse de ello realizándose previamente una prueba de embarazo.

También debemos tener seguridad de que no tiene infecciones del aparato genital, hemorragias o "reglas" abundantes en este momento, o no le hayan realizado un legrado u otro procedimiento similar en los últimos días. Si se produce alguna de estas circunstancias, debe comunicárselo al médico antes de realizar la prueba.

Es recomendable no mantener relaciones sexuales el día anterior a la prueba y hasta unos días después.

LA PRUEBA SERÁ REALIZADA POR PERSONAL EXPERTO. EI MÉDICO RADÍÓLOGO INTERVENDRÁ EN CASO DE SER NECESARIO Y SIEMPRE QUE SE PRESENTE ALGUNA COMPLICACIÓN.

AUTORIZO

- Se me han expuesto otras alternativas y he tenido la posibilidad de negarme a que se me realice la prueba.
- Asimismo autorizo a que se me realicen las exploraciones o intervenciones necesarias que a juicio de los médicos se deban realizar, dependiendo de los hallazgos que se encuentren durante la exploración o intervención.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la realización de la prueba.
- Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

En, a dede

Nombre y apellidos paciente/representante:

Nombre y apellidos médico que informa:

D.N.I.: _____

Nº Colegiado: _____

Firma:

Firma:

NO AUTORIZO/REVOCO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (táchese lo que no proceda)** de **CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En, a dede

Firma del paciente:

Firma del testigo:

Firma del médico:

D.N.I.: _____

D.N.I.: _____

Nº Colegiado: _____

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc).

Nombre: _____ D.N.I.: _____

En calidad de **DENIEGO/REVOCO (táchese lo que no proceda)** la autorización para realizar el procedimiento mencionado.

En, a dede

Firma representante:

Firma del médico:

D.N.I.: _____

Nº Colegiado: _____