



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HISTEROSALPINSONOGRAFÍA

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La finalidad de la histerosalpinsonografía es el estudio de los genitales internos femeninos. Para ello se introduce un contraste a través de la vagina que rellena, dibuja y realza la cavidad uterina y trompas. Es una exploración breve aunque puede resultar algo molesta ya que se debe rellenar, completamente, las estructuras descritas.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Determina la presencia de alteraciones congénitas, inflamatorias o tumorales de la cavidad uterina. Informa acerca de patología de las trompas como cicatrices residuales, obstrucción congénita o secundaria a procesos inflamatorios previos. Ofrece imágenes anatómicas de gran calidad de las estructuras investigadas lo que agiliza la toma de decisiones del médico.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

La radiografía simple, la histerosalpinografía con medio de contraste, la ecografía, e incluso la resonancia Magnética informan sobre la situación, tamaño, lesiones de la pared etc. Pero no son tan sensibles e inocuas como la histerosalpinsonografía para la determinación de muchas de las alteraciones antes descritas.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las descritas en el apartado de beneficios.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Información escasa que pudiera condicionar decisiones inapropiadas.

6. RIESGOS FRECUENTES

Dolor por contracciones uterinas similares al dolor menstrual

7. RIESGOS POCO FRECUENTES

En ocasiones puede haber un proceso infeccioso y, excepcionalmente, una rotura de trompas, síncope vasovagal, pérdida de fluidos o manchado

8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Este riesgo de reacción al contraste puede ser mayor en pacientes con hipersensibilidad de base por lo que es importante que advierta, antes de que se realice la exploración, si, en algún momento, se le ha hecho algún estudio con contraste y tuvo algún tipo de reacción o si es alérgica a otros productos.

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña de años de edad, con domicilio en....., DNI

Don/doña..... de años de edad, con domicilio en.....en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la/el paciente)con DNI

DECLARO: Que el Doctor/ame ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de HISTEROSALPINSONOGRAFÍA y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2.....

Fdo: Don/doña

.....

DNI

Fdo.: Dr/a

Colegiado nº:

10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado. En a de de 2.....

Fdo. el médico

Colegiado nº:

Fdo. El paciente