



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSONOGRAFÍA

Nº Historia:

Sra: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Sra:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA GESTANTE)

MANIFIESTO

Que el Doctor/a.....me ha informado de la conveniencia de efectuar una histerosonografía, de acuerdo con el PROTOCOLO establecido en el HOSPITAL o CENTRO.....

Se me ha explicado y he comprendido que:

1. La histerosonografía es una exploración complementaria que en determinadas ocasiones amplía la información de la ecografía ginecológica en relación a las características del interior del útero o a la permeabilidad de las trompas.
2. Es una prueba ambulatoria que consiste en la introducción de una solución salina estéril en el interior de la cavidad uterina lo que facilita la exploración de la pared de la cavidad (endometrio) y permite su fácil delimitación y medición.
3. Sus principales indicaciones surgen ante determinados hallazgos de la ecografía transvaginal, principalmente ante un endometrio engrosado o no concluyente, para descartar o confirmar la presencia de pólipos, miomas submucosos o adherencias y ampliar su estudio en situaciones particulares como en la metrorragia anormal o postmenopáusica, el tratamiento con Tamoxifeno o el control postoperatorio, sustituyendo en ocasiones a la realización de una histeroscopia diagnóstica.
4. En caso de que el objetivo sea estudiar si las trompas están permeables, se introduce un gel estéril en lugar de la solución salina estéril.
5. Es una prueba bien tolerada. En alguna ocasión puede aparecer dolor abdominal (similar al de la menstruación), sangrado vaginal o infección (inferior al 1 %).
6. En ocasiones, a criterio del especialista, previa a su realización, se le recomendará la administración de tratamiento antibiótico o de medicación analgésica tipo antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno 1 hora antes de la prueba).
7. Tras la exploración, el suero fisiológico o el gel utilizado irá saliendo por la vagina.

He comprendido y aceptado las explicaciones sobre el diagnóstico, posibles alternativas y posibles complicaciones más habituales que pueden aparecer, 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 de la realización de la histerosonografía.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la histerosonografía

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO
Nº de colegiado

Fdo: Sra.

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Las imágenes ecográficas que se obtengan pueden ser conservadas y utilizadas en actividades con finalidad docente preservando el anonimato y en trabajos de investigación autorizados por el Comité Ético de Investigación Clínica. **(MARQUE SU ELECCIÓN CON EL SIGNO "X")**

sí

NO

REVOCACIÓN

SRA: DE AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN y DNI Nº.....

SR/SRA: DE AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE SRA
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA GESTANTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir con la histerosonografía.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: Sra.

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)