

Documento de Consentimiento Informado**“HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Obtener información sobre el aspecto de la cavidad uterina y endometrio, así como de las lesiones que se pueden observar en su interior.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La histeroscopia diagnóstica consiste en la introducción, a través de la vulva y vagina, de un sistema óptico en el canal cervical y en el interior de la cavidad uterina. Esto permite la visualización de las estructuras que recorre: conducto endocervical y cavidad endometrial.

Para permitir esta visualización se introduce con el mismo sistema un haz de luz y se distiende la cavidad uterina por medio de un gas (CO₂) o de un líquido (suero fisiológico). La exploración se suele completar con la práctica de biopsias endometriales que se realizarían dentro de la misma exploración o tras retirar el histeroscopio.

La exploración puede no completarse siempre con absoluta seguridad; así puede no completarse por problemas para atravesar el conducto cervical y visualizar la cavidad, sangrado o por reacciones o complicaciones que pueden aconsejar no seguir el procedimiento.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Se considera una técnica segura para ser efectuada de forma ambulatoria, sin ningún tipo de anestesia o con anestesia local, con unas molestias secundarias razonables, como cierto dolor pélvico o abdominal.

RIESGOS GENERALES**Frecuentes**

A pesar de la adecuada elección y realización de la técnica pueden presentarse efectos indeseables, cómo: reacciones vagales (mareo, sudoración, malestar), dolor de hombros, dolor precordial y dolor abdominal (por el paso de gas al peritoneo).

Infrecuentes

Pueden presentarse otros efectos que, aunque son poco frecuentes, revisten mayor gravedad: embolias gaseosas, infecciones tuboperitoneales, perforación uterina, formación de falsas vías; algunas de las cuales pueden requerir la hospitalización inmediata, poner en peligro la vida y requerir tratamientos médicos/quirúrgicos adicionales.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

RIESGOS PERSONALIZADOS (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

Es necesario, por parte de la paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de los riesgos o complicaciones.

ALTERNATIVAS

La alternativa prevista es el legrado uterino, que requiere anestesia; no obstante los hallazgos de la histeroscopia pueden llevar a indicar después una histeroscopia quirúrgica o una histerectomía.

Hay lesiones intrauterinas que pueden pasar inadvertidas durante la histeroscopia, bien por su localización o por su tamaño, por lo que su diagnóstico precisará la utilización de otros procedimientos diagnósticos (legrado, ecografía).

Apellidos y nombre de la **paciente**

DNI de la **paciente**

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones 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.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

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 del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento