**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

**(DIU)**

|  |
| --- |
| Estimado paciente/familiar/tutor, ponemos en su conocimiento los riesgos de la prueba/intervención a la que va ser sometido y solicitar su Consentimiento informado para la realización de la misma, siendo su aceptación voluntaria y pudiendo retirar su consentimiento en el momento que considere oportuno (artículo 2 de 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; artículo 6 de la Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias). |

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

El dispositivo intrauterino (DIU) es un pequeño objeto que se coloca dentro del útero, de polietileno y cobre que se coloca con fines anticonceptivos. La colocación del DIU y del modelo será indicado en consulta ambulatoria por personal especializado, que me indicará los controles posteriores a los que me debo de someter, así como la duración del mismo. Se puede colocar en cualquier momento del ciclo, aunque se aconseja durante la menstruación. La inserción puede resultar algo dolorosa en algunas mujeres, similar al dolor menstrual, casi siempre de forma tolerable. La inserción se realiza de forma ambulatoria. En algunos casos es necesario realizar una pequeña dilatación del conducto cervical para permitir el paso del tubo introductor del DIU y en ocasiones se recurre a la administración de anestésico local. En mi caso el modelo a insertar será…………………………………………………………………………….

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

La inserción del DIU, tiene como finalidad la de presentar una acción anticonceptiva transitoria, en caso de no poder optar a otro tipo de atención contraceptiva, bien por contraindicación a la/s misma/s, o bien por no aceptar por mi parte la/s misma/s.

**ALTERNATIVAS**

En caso de no tener contraindicaciones, es posible optar por otros métodos anticonceptivos transitorios o definitivos (anticonceptivos orales, preservativos, diafragma, métodos “naturales”, ligaduras de trompas, vesectomías etc) sobre los cuales he sido informada por parte del médico.

**RIESGOS**

1. **En el momento de la inserción:**
* Dolor
* Raramente puede aparecer una reacción vagal (bajada de tensión, mareo, etc), siempre pasajera.
* Perforación uterina (1-7 cada 1000).
* Infección en un periodo menor a un mes, pasado este tiempo la infección se debe a otras causas y no a la colocación del DIU.
* Sangrado genital.
1. **En la evolución:**
* Gestación (1-3%), si esta se produce, existe mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el primer año, entre 1-3%.
* Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado genital. Esto suele producirse en el primer mes de uso.
* Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual. Manchado intermenstrual
* Dolor
* Migración a cavidad abdominal con la posibilidad de complicaciones posteriores.
1. **En la extracción:** pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**D/Dña**………………………………………………………………………………………………………………...................con

DNI/NIE……………………… como paciente (o representante)

Manifiesto que he sido informada/o, oral y por escrito por el Dr/a…………………………………………………

del procedimiento, alternativas, contraindicaciones y riesgos de la intervención propuesta. Igualmente se me ha informado de las consecuencias de la negativa.

DECLARO que todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas según se dispone en el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Por tanto CONSIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

**Al Dr.**

**D/Dª**  D/Dª

 Firma del paciente o representante Firma médica

En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….

|  |
| --- |
| REVOCACIÓND/Dña……………………………………………………………………………………………………………………………REVOCO la decisión anteriormente tomada.En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….D/Dª D/Dª Firma del paciente Firma médica |