

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HISTEROSONOGRAFIA

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DEL ESTUDIO:

HISTORIA CLÍNICA:

DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

Estimado paciente: El Sanatorio Adventista del Plata le recuerda que el consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente o excepcionalmente su familia ante la incapacidad o imposibilidad de aquel, para acceder a una internación, intervención quirúrgica, tratamiento, procedimiento de diagnóstico o terapéutico específico, luego de evacuar todas sus dudas, comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias. (Cfr. art. 59 CCyC).

NO FIRME sin antes recibir las respuestas necesarias.

Luego de haber sido suficientemente informado/a respecto de:

- 1. Mi afección:** _____, efectuado con la información que se ha podido obtener a partir de las evaluaciones médicas correspondientes.
- 2. La propuesta** de ser sometido al siguiente procedimiento: La HISTEROSONOGRAFÍA es un procedimiento realizado en forma complementaria con el ULTRASONIDO GINECOLÓGICO. Permite la exploración de la cavidad uterina y de ser necesario, evaluar la permeabilidad tubaria. 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. Los Beneficios:** 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 post menopáusica. Este procedimiento es bien tolerado por casi todas las pacientes, no requiere la aplicación de anestésicos tópicos y en más de 90% de los casos solo es necesario un solo intento por llevar la cánula al interior del útero.
- En algunas muy escasas situaciones en las que se va a realizar hidrosonografía es imposible canalizar el cuello uterino y en ese caso el médico deberá decidir entre suspender el procedimiento, realizarlo bajo anestesia o diferirlo después del uso de medicamentos que faciliten la dilatación del cuello. Tras la exploración, el suero fisiológico o el gel utilizado irán saliendo por la vagina.
- Las **alternativas** son: La realización de una histeroscopia diagnóstica o una histerosalpingografía. El médico cuenta con toda la disposición a ampliar la información sobre el procedimiento cuando Usted lo desee.
- Los **riesgos, molestias y efectos adversos** previsible más probables del tratamiento aconsejado son: En alguna ocasión puede aparecer dolor abdominal (similar al de la menstruación), sangrado vaginal o infección (inferior al 1 %). En ocasiones a criterio del especialista, previo 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).

Se ha estimado que se puede presentar complicaciones en 1 de cada 100 procedimientos y las complicaciones conocidas son:

- Dolor intenso y/o reacción vagal: Aproximadamente 1% de las mujeres que se someten a histerosonografía pueden presentar dolor intenso que limita u obliga a suspender el procedimiento. Un subgrupo menor de pacientes puede presentar un desmayo o sensación de desvanecimiento.
- Infección de la cavidad uterina: Es una complicación poco frecuentemente presentada, estudios serios han encontrado una tasa de infecciones de 1 por cada 200 histerosonografías y procedimientos relacionados, entiendo que para mí procedimiento se seguirán todas las normas que eviten la infección, como la limpieza del cuello y la vagina con jabón quirúrgico y el uso de materiales estériles y no reutilizables.
- Peritonitis: La presencia de una infección oculta y silenciosa dentro del útero o las trompas puede desembocar en una peritonitis, es decir el paso de infección al interior de la cavidad del abdomen, esta complicación, que es infrecuente, puede ser manejada médicamente en casos leves, pero en casos severos puede requerir cirugías tan agresivas como la extracción del útero y los ovarios.

7. Las **consecuencias** previsible de **negarme** a la realización del mismo son: Falta de diagnóstico /tratamiento adecuado, con riesgo de complicaciones y pérdidas de oportunidades terapéuticas. Falta de exactitud diagnóstica.

Luego de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto del diagnóstico y el Procedimiento aconsejado, así como de la internación asociada al mismo, los que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos, dejo constancia de lo siguiente:

Doy mi consentimiento:

A- A la realización del procedimiento aconsejado asumiendo todos los riesgos a que hace referencia el punto 5.

B- A la realización de todas las prácticas no previstas cuya necesidad sea determinada durante la realización del Procedimiento/Tratamiento aconsejado, o se presenten como consecuencia de complicaciones, y respecto de las cuales no es posible requerir un consentimiento especial.

C- Con la realización de exámenes complementarios que las reglas del arte indiquen como necesarios o convenientes.

D- Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos que me asistan me indiquen, incluyendo sin que implique limitación, el cumplimiento de las indicaciones que reciba respecto de la necesidad o conveniencia de que se me suministren determinados medicamentos, comprendiendo que los daños que deriven del incumplimiento de las mismas son de exclusiva responsabilidad del paciente.

E- Soy informado y acepto que en la adopción de diversas medidas de seguridad y control de calidad la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV) con acceso exclusivo de personal autorizado, el cual monitorea y graba diversas áreas entre las que se encuentran: pasillos, halls centrales, quirófano, etc.

F- De la misma manera soy informado y acepto que ciertos y determinados datos personales de mi Historia Clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución (en su carácter de responsable del Banco de Datos) que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Lo precedentemente descrito se realizará en concordancia con lo

establecido por la Ley 25326. Asimismo, en el marco de la ley citada se le informa que Ud. tiene derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos referidos.

G- Teniendo en cuenta que la Institución desarrolla el programa de residencias médicas en diversas especialidades, acepto la actuación/presencia de médicos/estudiantes en el ámbito del procedimiento, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde a mi persona.

H- Soy informado/a que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión en el Formulario **de revocación de consentimiento informado**.

I- Soy informado que, si el procedimiento amerita anestesia, lo inherente a la misma será explicado en el CONSENTIMIENTO ANESTESICO.

J- Soy informado/a que en caso de haber tomado **Directivas Anticipadas** respecto de mi salud (decisiones relativas a la aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos) me comprometo a informarlas por escrito dejando copia de las mismas y constancia de donde se encuentran registradas.

IMPORTANTE: En caso de suscitarse conflictos o diferendos de interpretación y/o ejecución del presente, el profesional y el paciente o su representante se comprometen, con carácter previo a elegir un método de prevención y solución de conflicto. Asimismo, adquieren carácter de domicilio constituido los denunciados en el presente, donde serán válidas todas las notificaciones.

Lugar: Libertador San Martin, Fecha: _____

Firma del paciente / representante legal / Pariente

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

Parentesco:

Motivo de sustitución de la firma:

Firma del Médico

Aclaración:

Matrícula:

Conforme **Art. 26**, Código Civil y Comercial de la Nación "Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo".

