

Nombre del paciente DNI:.....
Fecha:..... Nombre del médico:..... N° Coleg:
Centro:

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La prueba consiste en introducir una sustancia de contraste generalmente yodado a través del orificio del cuello del útero, mientras se realizan varias radiografías de su pelvis. De esta forma comprobaremos la forma del útero y la permeabilidad de las trompas.

2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:

El objetivo de esta exploración es valorar radiológicamente su útero, fundamentalmente la permeabilidad de sus trompas de Falopio. Estas son los conductos por los que el óvulo pasa desde el ovario hasta la cavidad uterina, donde se desarrolla el posible embarazo. Si estas trompas no son permeables, el embarazo no es posible.

También sirve esta exploración para valorar la forma, situación, u otras alteraciones del útero.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO:

Existen otras alternativas a este procedimiento, aunque creemos que ésta es la que nos aporta mayor información para su diagnóstico y la más conveniente. Las alternativas son generalmente la ecografía, la laparoscopia o la histeroscopia.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:

Lograr un diagnóstico radiológico lo más preciso posible.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

Ausencia de identificación del problema que le aqueja.

6. RIESGOS FRECUENTES:

- Es posible que se produzca una **ligera molestia o dolor** por el paso del contraste a su **abdomen**. Esto generalmente dura pocos minutos, aunque puede persistir, o aparecer horas después. Generalmente se calma con analgésicos comunes.
- Puede haber un **pequeño sangrado vaginal** en las primeras horas, por lo que deberá usar compresa.
- **Riesgos producidos por la radiación:** Los rayos X aunque no son inocuos, comportan un riesgo muy bajo para Vd. en las dosis que se necesitan para su exploración

7. RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS:

Reacción adversa al medio de contraste:

- Reacciones leves: alérgicas como náuseas, vómitos, urticaria, dolor, edemas, bajada de tensión, etc..
Reacciones severas: crisis cardiorrespiratorias más o menos importantes. Son muy infrecuentes (1/100.000 personas), precisando tratamiento más complejo, aunque raramente necesitan ingreso hospitalario.
- En casos extremos puede aparecer un cuadro de "shock", arritmia, convulsiones, dificultad respiratoria, insuficiencia renal, reacción anafiláctica, ... que precisa tratamiento específico para su remisión.
- Sólo de forma absolutamente excepcional, la gravedad de la reacción puede ocasionar dificultades insalvables.
- Otros riesgos de la prueba son **aparición de hemorragias, infecciones**, etc.

8. **RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES:**

Si usted es alérgico al contraste yodado debe comunicarlo a su médico. Así mismo, si padece alguna alergia conocida, o reacciones a fármacos, así como si está tomando algún tipo de medicación, para que se tomen las medidas complementarias con el fin de reducir los riesgos.

9. **CONTRAINDICACIONES:**

Está contraindicada la administración de contraste yodado en caso de alergia al yodo.

Debemos tener seguridad de que no tiene infecciones del aparato genital, hemorragias o "reglas" abundantes en este momento, o no le hayan realizado un legrado u otro procedimiento similar en los últimos días. Si se produce alguna de estas circunstancias, debe comunicárselo al médico antes de realizar la prueba.

10. **CUESTIONARIO:** Antes de la realización de la prueba necesitamos que nos conteste a las siguientes preguntas:

SI NO

- ¿Tiene una infección genital?
- ¿Está con hemorragia en este momento?
- ¿Está embarazada o cree que puede estarlo?
- ¿Es alérgica a algún medicamento?
- ¿Ha sufrido alguna vez alguna reacción adversa al contraste radiológico?

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado de forma comprensible de la utilidad, naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización, y declaro que se me ha ofrecido copia del mismo.

Conozco que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Si sugiera alguna situación imprevista urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo el equipo médico para realizarlo, sin previo consentimiento.

Firma de Paciente / Representante Legal:

Firma del Médico:

Rellenar en caso de Representante Legal:

NombreN.I.F. / D.N.I..... en calidad de

Cumplimentar en caso de REVOCACIÓN:

En fecha retiro mi consentimiento para someterme a la prueba de
que me iba a ser realizada en este centro.

Firma del paciente o Representante legal:

Firma del médico: