

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.  
 Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un “dispositivo mecánico” colocado dentro del útero (matriz) que se utiliza para evitar el embarazo (anticonceptivos).  
 El DIU se compone de material plástico en forma de “T” recubierto por metales o medicamentos hormonales, según el modelo.

El tiempo para evitar el embarazo varía de 3 a 5 años, dependiendo del tipo de DIU utilizado. Aunque algunos modelos tienen una eficacia de hasta diez años.  
 Tras la retirada del DIU la recuperación de la fertilidad es inmediata.

Que se consigue con su utilización:

1. Dificultar el acceso de los espermatozoides al útero.
2. Actuar como espermicida (destruye los espermatozoides) dentro del útero.
3. Alterar el movimiento de los espermatozoides.
4. Dificulta que el óvulo fecundado permanezca en el útero.

El DIU no protege de las enfermedades de transmisión sexual.

**CÓMO SE REALIZA:**

La implantación del DIU dentro del útero se realiza con un aplicador de pequeño grosor que se introduce a través de la vagina y el cuello del útero. Una vez en el interior del útero el aplicador se retira y el DIU permanece desplegado con unos hilos que posteriormente permitirán su retirada.

La colocación del DIU es un proceso sencillo que no necesita anestesia ni quirófano. Se realiza en consulta ambulatoria, en una mesa ginecológica y su colocación se aconseja preferiblemente al final de la menstruación (período o regla).

La introducción del DIU la realiza un médico junto a profesionales sanitarios de apoyo.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

El DIU presenta una alta eficacia para evitar el embarazo. Por ello contribuye a unas relaciones sexuales satisfactorias.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Evitará embarazos no deseados.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Existen otros métodos anticonceptivos (para evitar el embarazo) de variada eficacia a elegir entre los deseos de cada pareja:

Métodos naturales como:

- La temperatura del cuerpo (basal).

Métodos barrera como:

- El diafragma (anillo cubierto de látex que se coloca en la vagina).
- El preservativo.

Métodos hormonales como:

- La píldora anticonceptiva oral.
- El implante subcutáneo (varilla flexible que se introduce bajo la piel del brazo).
- Los parches anticonceptivos.
- El anillo vaginal.

Métodos irreversibles como:

- La ligadura de trompas (es una intervención que cierra los conductos que conectan los ovarios con el útero).
- La vasectomía (es una intervención que corta los conductos por donde pasa los espermatozoides desde los testículos hasta el pene).

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- LOS MÁS FRECUENTES:

En la introducción del DIU:

- En mujeres que hayan tenido algún hijo su introducción resulta prácticamente indolora.
- En las mujeres que no han tenido hijos puede resultar algo doloroso, similar al dolor menstrual (período o regla).
- Puede notarse un pequeño mareo o bajada de tensión durante su colocación.

Descenso y expulsión espontánea:

- Puede ser sin provocar síntomas o aparecer con dolor o sangrado.

Alteraciones en la menstruación (período o regla):

- Aumento de la cantidad o duración de las reglas.
- Manchado entre las reglas (suele desaparecer en 2-3 meses).
- Disminución e incluso ausencia de reglas con los modelos de DIUs que llevan incorporada medicación.
- Dismenorrea (dolor durante la regla).

Al quitarle el DIU:

- Si se ha perdido la referencia de los hilos o hay rotura del DIU que implique que se encuentre un fragmento del dispositivo en el interior puede provocarle dolor pélvico.

- LOS MÁS GRAVES:

- Aunque el DIU presenta una alta eficacia anticonceptiva (evitar el embarazo), existe un riesgo de embarazo entre el 0.6% - 3 %.
- La probabilidad de fracaso para evitar el embarazo es mayor durante el primer año tras la introducción del DIU.
- Si el embarazo se produce hay también un mayor riesgo de aborto espontáneo y embarazo ectópico (que ocurre por fuera de la matriz o útero).
- Rara vez durante la introducción del DIU puede producirse una infección en la zona dónde se coloca o una pequeña abertura en el útero.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
-------------------------	--------------------------------------

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
-------------------------	--------------------------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---