

Consentimiento informado para la realización del estudio:

Histerosalpingografía.

El objetivo de esta exploración es valorar radiológicamente su útero, fundamentalmente la permeabilidad de sus trompas de Falopio. Estas son conductos por los que el óvulo pasa desde el ovario hasta la cavidad uterina, donde se desarrolla un 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.

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

Es posible que se produzcan molestias o dolor por el paso de contraste a su abdomen. Esto dura generalmente unos minutos, aunque puede persistir o aparecer horas después, generalmente calma con analgésicos comunes.

También puede haber un sangrado vaginal por lo que deberá utilizar compresas.

El uso de contrastes yodados puede muy raramente tener complicaciones, que se dividen en:

- Reacciones leves (1 – 10 %): náuseas, vómitos, calor, rubicundez, descenso de la presión arterial, etc...)
- Reacciones graves (0,1 %): asma bronquial, edema laríngeo, dificultad respiratoria, arritmias, shock anafiláctico, etc...
- Muerte (0,0005 %)

Otros riesgos de la prueba son la aparición de hemorragias, infecciones, etc.

Es importante asegurarnos que no está embarazada en este momento, por lo que se realizará una prueba de embarazo previa al procedimiento.

También debemos tener seguridad de que no tiene infecciones del aparato genital, hemorragias, o menstruaciones abundantes o no le hayan realizado un legrado o un procedimiento similar en los últimos días.

Si se produce alguna de estas circunstancias debe comunicárselo al médico antes de realizar la prueba.

Si una vez iniciado el estudio, el mismo debiera ser interrumpido por alguna de las causas mencionadas, o debido a alteraciones anatómicas postquirúrgicas o patológicas del cuello uterino, o por falta de tolerancia a la instrumentación por parte de la paciente, el médico le redactará un informe relatando el motivo de la interrupción. Debido a que el estudio no pudo ser completado en su totalidad, en caso de pacientes particulares, se le reintegrará el 60% del monto abonado.

Declaro que:

Se me han expuesto otras alternativas al procedimiento y he tenido la posibilidad de negarme a que se me realice el examen.

Asimismo, autorizo a que se me realicen las exploraciones o intervenciones necesarias que a juicio de los médicos se deban realizar, dependiendo de los hallazgos que se encuentren durante la exploración.

Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

Buenos Aires,de.....de 20....., a las.....horas.

Nombre y apellido
del paciente o responsable

Firma
del paciente o responsable

DNI
del paciente o responsable