

Nº Història.....

**DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT PER HISTEROSCOPIA AMBULATÒRIA**

Aquest consentiment es formula d'acord amb el que estableix la Llei 41/2002, de 14 de novembre, Bàsica Reguladora de l'Autonomia del Pacient i de Drets i Obligacions en Matèria d'Informació i Documentació Clínica i altres normatives i disposicions que puguin resultar d'aplicació.

Na.....

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A: ..... Nº Col ..... m'ha explicat que és necessari/convenient procedir a realitzar una HISTEROSCÒPIA AMBULATÒRIA.

**1. En què consisteix i per a què serveix?** La Histeroscòpia Ambulatòria és una prova que consisteix en la **visualització de l'interior del coll i de la cavitat uterina**, passant a través de la vulva i la vagina, mitjançant un sistema òptic connectat a una càmera de televisió i a un monitor extern. Per a això és necessari distendre la cavitat uterina amb un mitjà d'expansió líquid (sèrum fisiològic) o gas. En el transcurs de la prova pot ser necessària alguna maniobra operatòria segons la seva situació clínica i les troballes detectades, com l'extracció d'un fragment de teixit o biòpsia, pòlip, mioma, secció de septes uterí o adherències, reparació de la cicatriu després d'una cesària, extracció de DIU retintut o de restes abortius o placentaris, algun tipus de tractament de reproducció, ablació de l'endometri, etc. Per això es pot fer servir instrumental de petit calibre que utilitza energia mecànica, elèctrica, tèrmica o làser.

En el meu cas particular la/les indicació/ns és/son .....

**2. Beneficis:** La histeroscòpia és una tècnica de mínima invasió que habitualment aconsegueix la visió directa de l'interior de coll i cavitat uterina i permet alhora el diagnòstic i tractament d'una eventual troballa de patologia, per una via natural i sense necessitat d'incisions, ferides ni cicatrius. Les molèsties postoperatòries són menors i la recuperació ràpida. És possible que hagi de fer algun tractament mèdic previ o posterior a la intervenció per aconseguir millors resultats. En el meu cas, .....

**3. Conseqüències previsibles:** La histeroscòpia és una tècnica segura per a ser efectuada de forma ambulatòria amb molèsties secundàries habitualment lleus com mareig, dolor pèlvic o abdominal i/o sagnat lleu. Si durant la prova s'utilitza energia elèctrica pot sentir petits ramps o sensació de mareig.

**4. Alternatives i conseqüències previsibles de la no-realització:** Segons la seva situació clínica pot haver-hi tractaments alternatius com la biòpsia aspirativa o el raspat uterí. Aquestes tècniques no permeten la visualització directa de l'interior de la cavitat uterina i per això els diagnòstics i eventuals tractaments són menys precisos. La no realització de la prova pot fer que passin inadvertides algunes lesions intrauterines no accessibles a altres tècniques complementàries com l'ecografia, bé per la seva localització o les seves dimensions. Per això la no realització de la histeroscòpia pot suposar l'absència de diagnòstic i/o de tractament de les mateixes.

**5. Anestèsia:** La Histeroscòpia Ambulatòria sol produir molèsties lleus i per això se sol realitzar sense anestèsia. En casos de mala tolerància es pot valorar l'administració d'anestèsia local o òxid nítrós. Si necessites anestèsia d'un altre tipus, serà valorada sota la responsabilitat de el Servei d'Anestèsia.

**6. Complicacions i / o riscos i fracassos:** Tota intervenció quirúrgica, tant per la pròpia tècnica com per l'estat de salut de cada pacient (diabetis, cardiopaties, hipertensió, anèmia, obesitat, edat avançada, etc.) porta implícita una sèrie de possibles complicacions habitualment lleus com el dolor abdominal similar al dolor menstrual i sensació de mareig, i altres potencialment més importants com la infecció o perforació uterina que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics així com, excepcionalment, un percentatge mínim de mortalitat.

Cal que adverteixi d'algunes situacions que poden implicar algun risc per a la salut com a possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, pròtesis, marcapassos, fàrmacs que està prenent, risc o possibilitat d'embaràs, infecció genital o qualsevol altra circumstància que pot resultar significativa per a la seva salut.

En el meu cas .....

Les complicacions específiques de la histeroscòpia ambulatoria poden ser:

- Impossibilitat de realització (per estretor cervical, posició uterina, sagnat, obesitat, etc.), dolor intens, hemorràgia, perforació uterina, estrips cervicals, infecció pèlvica, reacció vagal (és un reflex que passa al travessar l'orifici cervical i produeix una disminució de la freqüència cardíaca amb sensació de nàusea i de mareig, habitualment lleu. A vegades pot precisar de tractament farmacològic).
- En cas d'extracció de DIU en una dona embarassada hi ha risc d'avortament inferior al 5%.
- En cas que s'utilitzi anestèsia, es pot produir una reacció a l'anestèsic local. Es produeix per el pas d'anestèsic local a la circulació sanguínia general. Habitualment aquesta reacció és tolerable i pot notar xiulets o taponament de les orelles, llengua espessa amb gust metàl·lic, visualització de centelleigs, palpitations i mareig. Habitualment aquests símptomes són passatgers i es recuperen sense tractament ni seqüeles en uns minuts. Molt rarament pot presentar una reacció anafilàctica greu amb risc vital.

Si durant la prova sorgís alguna complicació o imprevist, l'equip mèdic pot modificar la tècnica habitual o programada.

**Per la meua situació actual (riscos personalitzats)** el metge m'ha explicat que poden augmentar o aparèixer complicacions específiques com: .....

.....

**7. Cures:** M'han estat explicades les precaucions i tractament que hauria de seguir després de la prova i em comprometo a complir-los.

**8. Anatomia Patològica:** Les mostres extirpades se sotmetran a estudi anatomopatològic posterior per obtenir el diagnòstic microscòpic definitiu del què serà informada vostè i/o els seus familiars o representant legal. Autoritzo que l'excident de material biològic utilitzat per a proves diagnòstiques i la informació clínica associada es pugui utilitzar per a investigació.

**9. Imatges:** Habitualment es prenen imatges de la prova, fotos o vídeos, per documentar millor el cas. Les imatges també poden ser usades per a fins docents i de difusió de el coneixement científic. En qualsevol cas, la seva identitat sempre serà preservada i es presentaran de manera anònima i s'entén que pel present també consenteix l'ús anònim i apropiat de les imatges.

**HE COMPRES** les explicacions que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, se m'ha permès realitzar totes les observacions i **aclarit** tots els dubtes que li he plantejat. També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, **puc revocar** el consentiment que ara presto.

Per això, manifest que **ESTIC SATISFETA** amb la informació rebuda i que **COMPRENC** l'abast i els riscos de la prova i en aquestes condicions **CONSENTEIXO VOLUNTÀRIAMENT** que:

Se'm practiqui una HISTEROSCÒPIA AMBULATORIA  Es prenguin imatges amb fins documentals o docents.

A ....., amb data.....

Signat: El/LA FACULTATIU/VA  
Nom i nº Col

Signat: LA PACIENT o REPRESENTANT LEGAL

**REVOCACIÓ VOLUNTÀRIA**

Na: .....  
REVOCO el consentiment prestat i **NO DESITJO REALITZAR LA HISTEROSCÒPIA AMBULATORIA**

Signat: El/LA FACULTATIU/VA  
Nom i nº Col

Signat: LA PACIENT o REPRESENTANT LEGAL

A ..... amb data .....