



Dirección General de la Salud
División Servicios de Salud
Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
 Documento de consentimiento informado para inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU)

FO-13120-005

Página 1 de 3

Versión 2017

Documento de consentimiento informado para inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU)

Nº Historia: Fecha:
 YO:
 (NOMBRE Y APELLIDOS)
 de años de edad, con domicilio en
 y CI N°

En caso de Incapacidad de consentir:

El/la Sr/ Sra:
 (NOMBRE Y APELLIDOS DEL CURADOR O TUTELA)
 de..... años de edad, con domicilio en
 y CI N°.....

DECLARO que:
 (NOMBRE Y APELLIDOS DE EL/LA FACULTATIVO/A QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN).

Me ha orientado sobre los métodos anticonceptivos disponibles, sus ventajas y desventajas o riesgos, he comprendido la información, tras lo cual he decidido libremente la opción de colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU), del modelo

Comprendo que el DIU es un dispositivo material flexible medicado con cobre u hormonas, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos.

Sé que la colocación del DIU será realizado en una consulta ambulatoria por parte de PERSONAL CAPACITADO, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, las recomendaciones relacionadas al correcto uso y la duración del mismo.

Se me ha explicado de las ventajas, complicaciones, riesgos y fracasos, entre ellos:

En el momento de la inserción:

- Dolor, mareos y excepcionalmente lipotimia
- Perforación uterina (1 a 7 cada 1.000 inserciones)
- Infección genital (en el período inferior al mes post-inserción),
- Sangrado genital
- Malestar gastro-intestinal

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
 As. Responsable
 Ar. Prog. SS y SR
 M.S.P.

Lic. Noemi Ramirez
 Área Mejora Continua
 Ministerio de Salud Pública
 RENSA DO P.D.A.

Dr. RAFAEL AGUIRRE
 Asesor Responsable
 Área Programática
 Atención Integral de Salud de la Mujer
 M.S.P.


ELABORADO P.D.A.

Lic. Noemi Ramirez
Area Mejora Continua
Ministerio de Salud Pública

REVISADO POR: [Signature]

Dr. RAFAEL AGUIRRE
Asesor Responsable
Área Programática
Atención Integral de Salud de la Mujer
M.S.P.

ELABORADO POR: [Signature]

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | Dirección General de la Salud División Servicios de Salud Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva | FO-13120-005 |
| | Documento de consentimiento informado para inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU) | Página 2 de 3 Versión 2017 |

En la evolución

- Que es un método de larga duración y muy eficaz:
- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU (TCU 380^a) en el primer año (6 a 8 por 1.000 mujeres).
- Después del primer año hay un riesgo muy bajo de embarazo. La tasa acumulada de embarazo a 10 años es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.
- Gestación. Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto o de que se trate de un embarazo ectópico
- Que se requieren controles periódicos para optimizar su uso y minimizar sus riesgos
- Que el descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado genital. Esto es más frecuente en el primer mes de uso.
- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual y/o manchado intermenstrual. En el caso del DIU medicado con levonorgestrel: menstruaciones escasas o ausentes
- Dolor pélvico y menstrual
- Migración a cavidad abdominal con la posibilidad de complicaciones subsiguientes.

En su extracción puede ocurrir:

- Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.
- Dolor pélvico
- Sangrado genital

En caso de producirse alguna de estas complicaciones será derivada al médico ginecólogo, quien me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, entre los que pueden estar:

- Extracción, en algunos casos de mala tolerancia, descenso, gestación o infección
- tratamiento antibiótico
- laparoscopia o microlaparotomía en caso de migración, perforación o embarazo ectópico
- extracción con cureta o histeroscopia en caso de pérdida de referencia de hilos o retención de fragmentos, etc.

En mi situación actual, por presentar los siguientes factores de riesgo agregados:

.....

Se me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
As. Responsable
Ar. Prog. SS y SR
M.S.P.

Lic. Noemi Ramirez
Área Mejora Continua
Ministerio de Salud Pública



Dirección General de la Salud
División Servicios de Salud
Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
Documento de consentimiento informado para inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU)

FO-13120-005

Página 3 de 3
Versión 2017

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el equipo de salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las consultas y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la inserción, uso y extracción del DIU.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se proceda a la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) modelo

.....

En

(LUGAR Y FECHA)

Firma: Firma:

Técnico/a que proporciona la información Usuario/a

(Firma: DEL CURADOR O TUTELA SI PROCEDE)

REVOCACIÓN

YO: de..... años de edad
(NOMBRE y APELLIDOS)

Con domicilio en y CI N°

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir con la inserción del DIU que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Firma: Firma:

Técnico/a que proporciona la información Usuario/a

(Firma: DEL CURADOR O TUTELA SI PROCEDE)

APROBADO POR:

Dra. Ana Visconti
As. Responsable
Ar. Prog. SS y SR
M.S.P.

REVISADO POR: [Signature]

DR. RAFAEL AGUIRRE
Asesor Responsable
Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva
Atención Integral de Salud de la Mujer
M.S.P.

ELABORADO POR: [Signature]