

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És una tècnica d'imatge que permet valorar la forma i les possibles alteracions de la cavitat uterina i conèixer si les trompes de Fal·lopi (els conductes pels quals viatja l'òvul de l'ovari a la cavitat uterina) són permeables. Per a això s'introdueix un mitjà de contrast iodat a través de l'orifici del coll de l'úter i s'obtenen radiografies de la pelvis.

2. **Com es realitza?:** S'empra un sistema d'aplicació, generalment un catèter o campana, que des de la vagina permet canalitzar el coll de l'úter. S'introdueix un mitjà de contrast a través d'aquest i s'emplen la cavitat uterina i les trompes. És una exploració breu que es realitza de manera ambulant, encara que a vegades pot resultar una mica molesta, ja que s'han d'emplenar completament les estructures descrites.

3. **Quins són els seus riscos?:**

Associats a la prova: La histerosalpingografia utilitza **radiacions ionitzants** (raigs X). El temps de radiació que s'empra és el mínim possible i les dosis necessàries són baixes.

- Freqüents: Poden aparèixer **molèsties** durant la realització de la prova que acabaran en interrompre la manipulació.
- Poc freqüents: Com que, com s'ha indicat, és necessària la total repleció de les estructures a estudiar és possible que es produïsquen algunes molèsties, fonamentalment **dolor abdominal**. A vegades pot haver-hi un procés infecció i, excepcionalment, un trencament de trompes.

Reaccions adverses al contrast: La substància de contrast conté iode, però la possibilitat de **reacció al contrast** és mínima, atés que no s'administra per via venosa.

4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Permetrà establir si les trompes de Fal·lopi són permeables. Aportarà informació sobre la cavitat uterina i sobre altres alteracions en pelvis que tenen importància sobre la fertilitat.

5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** Informació escassa, que pot condicionar decisions inapropiades.

6. **Alternatives:** La radiografia simple a penes aporta informació. L'ecografia, i fins i tot la ressonància magnètica informen sobre la situació, grandària, lesions de la paret, etc., però no són tan sensibles com la histerosalpingografia per a la determinació de moltes de les alteracions abans descrites.

7. **Riscos en funció de la seua situació:** El risc de reacció al contrast pot ser major en pacients amb hipersensibilitat de base, per la qual cosa és important que advertisca, abans que es realitze l'exploració, si ha tingut prèviament algun tipus de reacció al contrast iodat (emprat en TAC, urografia, etc.) o si té qualsevol tipus d'al·lèrgia.

DECLARACIO D' INFORMACIO I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT.
Núm. *SIP	DOMICILI (CARRER/PLAZA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ , _____ de de. _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ *dede _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AI DRET D'INFORMACIÓ.

Manifest que per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i exprés el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ , _____ *dede _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILIZACIÓ DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO: NO AUTORIZO:

Pacient / el seu representant: Professional sanitari/a:

Signatura: Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILIZACIÓ DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoque el Consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / el seu representant: Professional Sanitari/a:

Signatura: Signatura: _____