



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica de imagen que permite valorar la forma y las posibles alteraciones de la cavidad uterina y conocer si las trompas de Falopio (los conductos por los que viaja el óvulo desde el ovario a la cavidad uterina) son permeables. Para ello se introduce un medio de contraste yodado a través del orificio del cuello del útero y se obtienen radiografías de la pelvis.

2. **¿Cómo se realiza?:** Se emplea un sistema de aplicación, generalmente un catéter o campana, que desde la vagina permite canalizar el cuello del útero. Se introduce un medio de contraste a través de él y se rellenan la cavidad uterina y las trompas. Es una exploración breve que se realiza de forma ambulatoria, aunque en ocasiones puede resultar algo molesta ya que se deben rellenar completamente las estructuras descritas.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

Asociados a la prueba: La Histerosalpingografía utiliza **radiaciones ionizantes** (rayos X). El tiempo de radiación que se emplea es el mínimo posible y las dosis necesarias son bajas.

- Frecuentes: Pueden aparecer **molestias** durante la realización de la prueba que cederán al interrumpir la manipulación.
- Poco frecuentes: Puesto que, como se ha indicado, es necesaria la total repleción de las estructuras a estudiar es posible que se produzcan algunas molestias, fundamentalmente **dolor abdominal**. En ocasiones puede haber un proceso infeccioso y, excepcionalmente, una rotura de trompas.

Reacciones adversas al contraste: la sustancia de contraste contiene yodo pero la posibilidad **de reacción al contraste** es mínima dado que no se administra por vía venosa.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Permitirá establecer si las trompas de Falopio son permeables. Aportará información sobre la cavidad uterina y sobre otras alteraciones en pelvis que tienen importancia sobre la fertilidad.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Información escasa que pudiera condicionar decisiones inapropiadas.

6. **Alternativas:** La radiografía simple apenas aporta información. La ecografía, e incluso la Resonancia Magnética informan sobre la situación, tamaño, lesiones de la pared etc., pero no son tan sensibles como la Histerosalpingografía para la determinación de muchas de las alteraciones antes descritas.

7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** El riesgo de reacción al contraste puede ser mayor en pacientes con hipersensibilidad de base, por lo que es importante que advierta, antes de que se realice la exploración, si ha tenido previamente algún tipo de reacción al contraste yodado (empleado en TAC, urografía...) o si tiene cualquier tipo de alergia.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN 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:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____