**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU DE COBRE**

El dispositivo intrauterino, (DIU) de cobre es un método anticonceptivo ofrece protección durante 5-7 años, una vez ha terminado su tiempo de acción es recomendable realizar la renovación de método anticonceptivo según cada caso particular. El retiro del dispositivo intrauterino debe realizarse preferiblemente durante el sangrado menstrual con previa prueba negativa de embarazo. Se le indicará que ingrese al baño, evacue su vejiga y retire su ropa. Una vez, realizado lo anterior se le indicará ubicarse en la camilla en posición decúbito supino (acostada boca arriba), apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre la camilla ginecológica Luego, a través de un especulo el profesional de salud, ubicará los hilos del DIU. Por lo general, los hilos cuelgan desde el cuello uterino hacia la parte posterior de la vagina. Se le pedirá que respire profunda y lentamente tosa; se hará tracción de los hilos, haciendo que el DIU se doble y salga lentamente hacia afuera.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Los riesgos son nulos o mínimo. Se pueden presentar algunas molestias durante el retiro del dispositivo intrauterino como dolor tipo cólico; adicionalmente posterior a la realización de la misma se puede presentar dolor tipo cólico o un ligero sangrado, síntomas que ceden el mismo día. Es posible que en algunos casos sea difícil extraer el DIU. En estos casos, el profesional de salud puede solicitar una ecografía transvaginal y derivarla a un especialista.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El no uso de método de anticoncepción puede permitir la presentación de una gestación no deseada.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

Retorno de la fertilidad en el caso de deseo de concepción.

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Elección de otro método de anticoncepción.

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO –DIU DE COBRE así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO –DIU DE COBRE así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL ASISTENCIAL** |  |  |  |

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO**

En caso de dolor pélvico administrar analgésico recomendado por el profesional según condiciones particulares.

En caso de sangrado vaginal abundante acudir a servicio de urgencias

Si no hay deseo concepcional, programar consulta de planificación familiar para definir nuevo método de planificación