**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 INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU** El dispositivo intrauterino, (DIU) de cobre u hormonal es un método anticonceptivo altamente eficaz. Es un dispositivo delgado de plástico, en forma de T, cubierto de cobre o liberador de hormona levongestrel que ofrece protección durante 5-7 años; su efecto anticonceptivo lo ejerce al suspender la viabilidad y la vitalidad de los espermatozoides, de tal manera que no se encuentren con el óvulo y de ésta forma prevenir la fecundación y el embarazo. Para su inserción se requiere realizar previamente una prueba de embarazo para descartar la gestación. El procedimiento se debe realizar durante el sangrado menstrual. 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 se realizará inicialmente una histerometria (medición del tamaño del útero) para determinar si es posible continuar con la inserción. En caso de continuar el proceso; el profesional de la salud deslizará un tubo plástico que contiene el DIU a través de la vagina empujándolo con un émbolo a la cavidad uterina, una vez allí se retira el tubo plástico dejando dos pequeños hilos que cuelgan fuera del cérvix que serán de utilidad para el seguimiento y la extracción del DIU.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Se pueden presentar algunas molestias durante la inserción 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. Durante la inserción del dispositivo se puede presentar una ruptura uterina, sin embargo, este riesgo es mínimo y rara vez se presenta. Posterior al procedimiento y durante la presencia del dispositivo se puede presentar dolor pélvico, sangrados menstruales abundantes, infecciones a nivel vaginal o pélvicas. De igual forma, puede ocurrir el descenso, migración o expulsión del DIU, por lo tanto, es importante la revisión periódica de los hilos y el dispositivo según las recomendaciones del profesional de salud.

**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**

Es un método altamente efectivo que ofrece 99,5% de protección anticonceptiva y como no contiene hormonas, se puede utilizar en mujeres durante el periodo de lactancia o en pacientes que tengan contraindicado el uso del estrógeno. Es un método de larga duración. No es necesario hacer cambios del durante sus años de duración, haciendo que sea muy fácil y práctico de utilizar, pues tampoco requiere de ninguna acción periódica para su funcionamiento.

**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 INSERCION 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 INSERCION 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** |  |  |  |
| **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 administrar analgésico recomendado por el profesional según condiciones particulares.

En caso de dolor intenso que no ceda con manejo analgésico o sangrado vaginal abundante acudir a servicio de urgencias.

Acudir a revisión periódica de método anticonceptivo.

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