

DATOS DEL PACIENTE, O FAMILIAR (REPRESENTANTE LEGAL) SI PROCEDE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ RELACION/PARENTEZCO: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

Como paciente o representante legal del mismo **DECLARO** que:

El Dr./Dra. _____

Nº Colegiado: _____ Especialidad: _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realización de **HISTEROSALPINGOGRAFÍA**.

La histerosalpingografía es un método de diagnóstico mediante imágenes que se utiliza en el estudio de las pacientes con infertilidad.

Consiste en la introducción de un líquido (contraste radiológico yodado) en el aparato reproductor femenino, mediante un tubo muy fino de material de plástico (catéter), y a continuación visualizarlo mediante rayos X.

La exploración se debe realizar en la fase del ciclo menstrual previa a la ovulación, normalmente en los 12 primeros días después del comienzo de la última regla (preferiblemente los días 8 al 11).

Esta prueba **ESTA CONTRAINDICADA DURANTE EL EMBARAZO**, por lo que se recomienda evitar las relaciones sexuales (o adoptar las precauciones anticonceptivas oportunas) durante los días comprendidos entre la última regla y el día de realización de la prueba.

Pueden presentarse reacciones adversas, las más frecuentes son dolor (similar al de una regla muy dolorosa) y sangrado vaginal (suele ser escaso). Como complicaciones muy raras se han descrito el embolismo venoso y las infecciones.

En el caso de tener **ALERGIA O HISPERSENSIBILIDAD AL YODO, A CONTRASTES RADIOLOGICOS, O A OTRAS SUSTANCIAS**, debe comunicarlo al médico que va a realizarle la prueba.

También es muy importante que le comunique al médico que le realiza la prueba si padece actualmente algún tipo de infección en el aparato genital o urinario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Histerosalpingografía

Si después de leer detenidamente este informe tiene alguna duda o desea alguna aclaración, consulte al radiólogo que le va a realizar la prueba. Si piensa que está debidamente informado con respecto a esta prueba y está de acuerdo con que se le practique, por favor, rellene los siguientes datos:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones 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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos de la prueba.

Y en tales condiciones (tache lo que corresponda) SI NO doy mi consentimiento para que se me realice **una HISTEROSALPINGOGRAFÍA.**

Fdo. El/La médico

Fdo. El paciente

Fdo. El representante legal o familiar

En Lucena, a _____ de _____, del _____.