

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

Nº Historia: .....

Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en .....y DNI Nº.....

Don/Doña: ..... de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº.....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

1. Me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Dispositivo intrauterino (DIU), del modelo.....  
.....

**El DIU es un dispositivo** de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, **que se coloca dentro del útero** con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.

**2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:**

a. En el momento de la inserción:

- Dolor
- Perforación uterina
- Infección en un período menor de un mes, pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

b. En la evolución:

- Gestación (1-3%), si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 1-3%.
- Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.
- Dolor.
- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

c. En su extracción:

- Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción si gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...

3. **mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....  
.....

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) modelo @N

En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)  
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....  
DON/DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)  
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....  
EN CALIDAD DE.....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)  
DE DÑA.....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)