**Consentimiento informado para la Interrupción**

**Legal de Embarazo (ILE) mediante método quirúrgico ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)**

Ciudad de México a:

Nombre completo de la paciente: $pacientenombre

* Declaro de forma libre y voluntaria que, la doctora durante la consulta de valoración me ha proporcionado la información suficiente y adecuada para comprender el procedimiento que se denomina aspiración manual endouterina; que es mi decisión libre y voluntaria de acuerdo con mis valores y que soy competente para tomar decisiones con relación a la interrupción de mi embarazo.  
  Entiendo que la Interrupción legal del Embarazo (ILE) mediante aspiración manual endouterina (AMEU)

consiste en:

* Evacuación uterina de los productos de la concepción mediante aspiración a través de cánulas plásticas flexibles.
* ﻿﻿Suele asociarse a dolor tipo cólico por lo que se me administrarán analgésicos, anestesia local o sedación.
* Como en toda intervención médica y a pesar de todos los resguardos, correcta realización y aplicación de la técnica y por causas independientes del actuar del médico/a se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que pueden ser derivadas de acto quirúrgico, la anestesia o por la situacion de salud actual de cada paciente, tales como: edad mayor a 40 años o menor a 18 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas, obstetricas, padecimientos congenitos o patologías desconocidas en mi persona.
* ﻿﻿Estas complicaciones pueden ser: evacuación incompleta, infección, hemorragia, perforación uterina, alergias u otras complicaciones de mínima ocurrencia y no previsibles, entre los cuales se ha reportado histerectomía e incluso el riesgo de perder la vida, lo cual puede suceder hasta en una de cada 1.000.000 de mujeres y que el (la) médico(a) y la institución han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para disminuir y/o evitar la presencia de cualquier complicación
* ﻿﻿Soy consciente que no existen garantías absolutas de tener resultados satisfactorios, y que muy ocasionalmente puede ser necesaria una segunda aspiración uterina para completar la evacuación, sobre todo en casos de úteros grandes, sacos anembriónicos, embarazo molar, obliteración importante de orificio cervical interno o en patologías uterinas específicas.

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 previo al inicio del procedimiento y/o la medicación y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora protesto.

Existen beneficios tales como el cuidado de mi salud, la prevención de un embarazo no deseado, el empleo de anticonceptivos de forma inmediata y el retorno a la fertilidad

Autorizo a CENTRO MÉDICO MUJER realizar los tratamientos médico quirúrgicos necesarios y/o solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de CENTRO MÉDICO MUJER.

**Indicación especial:**

Se ha hecho de mi conocimiento que en caso de tener RH NEGATIVO será necesaria la aplicación de Vacuna Inmunoglobulina Anti D en las primeras 72 hrs posteriores al procedimiento con el fin de prevenir complicaciones como eritroblastosis fetal del embarazo (anemia, ictericia, hidropesía fetal).

En caso de desconocer mi grupo sanguíneo y Rh, será necesario realizar un estudio para confirmarlo dentro de las próximas 72 hrs para determinar si se requiere o no la aplicación de dicha vacuna.

Nombre y firma de paciente: $pacientenombre

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto, liberando de responsabilidad profesional médica, civil, administrativa o penal a CENTRO MÉDICO MUJER y su personal. **De acuerdo con lo anterior, libre y voluntariamente solicito y autorizo al personal médico de Centro Médico Mujer llevar acabo la interrupción legal del embarazo por aspiración manual endouterina. Dra. Ximena Coral Rojas Hernández, cédula profesional 11527410.**

**Nombre y firma del paciente:**  $pacientenombre

Domicilio:

Calle: $pacientecalle Numero: $pacientenumero

Colonia: $pacientecolonia C.P.: $pacientecp

Alcaldía/Municipio: $pacientecd Entidad Federativa:$pacientepais Teléfono: $pacientecel

**NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR DE LÍNEA DIRECTA (padres, hermanos o abuelos) EN CASO DE EMERGENCIA:**

Testigo 1 Testigo 2

Ciudad de México, a

**AVISO DE PRIVACIDAD CENTRO MEDICO MUJER**

Los datos personales recabados serán protegidos incorporados y tratados en el Sistema de Datos

Personales del "Expediente Clínico de la Clínica CENTRO MEDICO MUJER" el cual tiene su fundamento legal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Última reforma publicada en el DOF: 09/08/2012) Artículos 2 apartado B, Fracciones III y VIII, 4, 6 y 16; Estatuto de Gobierno del Distrito Federal (GODF: Ultima Reforma publicada en el DOF: 07/06/2012), Articulo 13, Apartado B, Fracción I, 27 y 77 Bis 37, Fracción VII; Ley Orgánicas de la Administración pública del Distrito Federal (GODF: el 17/06/2011); Articulo 29 fracciones I, III, V, IX, y XI; Ley de Salud del Distrito Federal (Ultima actualización en la GODF 17/08/2012); Artículo 11 fracción XVI; Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal (GODF 3 de Octubre de 2008), Artículos 7, 8,9,13, 14, 15 y 18; Ley de transparencia y Acceso a la Información pública del Distrito Federal (Ultima reforma publicada en la GODF 29/08/2011) Artículos 36 y 38 fracciones | y IV; Ley de Archivos del Distrito Federal (GODF: 08/10/08) Artículos 3 Fracción IX, 30, Fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracciones VII y VIII; Reglamento de la Ley General de salud en materia de Protección Social en Salud (DOF: 08/06/2011), Articulo 67; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica (DOF: 04/12/20009) Articulo 81; reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal (Ultima actualización en la GODF: 07 de Julio del 2011) Artículos 62, 196, 201 y 330; Reglamento del Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del DF (GODF; el 25/11/2011) Artículos 23, 29, 30 y 31; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Medica (DOF; 04/12/2009), Artículos 32, 80, 81, 82, 134, 248;

Lineamientos para la Protección de Datos Personales en el Distrito Federal, Numerales 5, 10 y 11;

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA 3-2012 "Del expediente Clínico" (DOF: 15/10/2012) PUNTOS

5 Y 6; Norma Oficial Mexicana NOM 24-SSA3-2010 "Del Expediente Clínico - Electrónico" (DOF:

08/09/2010). P 5; cuya finalidad es registrar, procesar y proteger los datos confidenciales de las personas que cuentan con un expediente clínico dentro de la Clínica CENTRO MEDICO MUJER, los cuales contienen los elementos esenciales para el estudio y solución de problemas de salud del paciente, los cuales podrán ser transmitidos de acuerdo con lo previsto con la Ley de Protección de Datos Personales del DF actualmente Ciudad de México.

En virtud de lo anterior se le informa que los datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. Todos los datos recabados son necesarios para brindarle la atención médica.

**ENTERADA**

$pacientenombre

Nombre Completo y Firma del Paciente Nombre Completo y Firma del testigo y/o

Responsable Legal

CIUDAD DE MÉXICO A

NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE: $pacientenombre

**NOTA DE VALORACIÓN**

HORA:

Paciente femenino de $pacienteedad años quien acude a la Clínica Centro Médico Mujer para interrupción legal del embarazo, se interroga antecedentes patológicos sin importancia, sin coagulopatías por lo que no se requieren exámenes preoperatorios.

Antecedentes ginecobstetricos referidos: Gestas: $pgestaP: $pp C: $pc A: $pa ILE: $pile . Con fecha de última menstruación de $pfumens . Se realiza rastreo ultrasonográfico reportando embarazo intrauterino de $pacienteusg semanas de gestación. Se explican métodos de interrupción de embarazo y métodos anticonceptivos, por lo que decide realizar Interrupción Legal de Embarazo por Aspiración Manual Endouterina. Se prepara para procedimiento.

$doctoranombre

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA LA ORIENTACIÓN (FIRMA Y SELLO)

**NOTA PREQUIRÚRGICA**

HORA:

Paciente femenina de $pacienteedad años, la cual cursa con embarazo de $pacienteusg semanas de gestación, sin antecedentes personales patológicos de importancia, sin coagulopatías por lo que no se requiere exámenes preoperatorios, se realizó rastreo ultrasonográfico corroborando edad gestacional; se ingresa para Interrupción Legal del Embarazo por Aspiración Manual Endouterina.

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

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA LA ORIENTACIÓN (FIRMA Y SELLO)

CIUDAD DE MÉXICO A **:**

NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE: $pacientenombre

**ORDENES MÉDICAS**

HORA:

1. Signos vitales.
2. Antibiótico.

* Doxiciclina 100mg capsula. Vía oral. Dosis única.
* Metronidazol 1gr. Via Rectal. Dosis única.

1. Misoprostol 400 mcg. Vía sublingual. Dosis única.
2. Ketorolaco 30mg Vía intramuscular y/o Intravenosa. Dosis única.
3. Pendiente Aspiración Manual Endouterina.

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$DOCTORANOMBRE

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA LA ORIENTACIÓN (FIRMA Y SELLO)

**ORDENES MÉDICAS POST PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

HORA:

1. Vigilar signos vitales y sangrado transvaginal.
2. Pasa a recuperación.
3. Indicaciones por 15 días

* No introducir nada vía vaginal
* Evitar actividades físicas de esfuerzo
* Evitar bebidas alcohólicas, fumar o drogas.

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

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA LA ORIENTACIÓN (FIRMA Y SELLO)

CIUDAD DE MÉXICO A :

NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE: $pacientenombre

**RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO**

HORA DE INICIO:

ESTADO GENERAL:  **.**

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL:  FC: FR: TEMPERATURA:

**EXAMEN GINECOLÓGICO.**

ASPECTO DE VULVA: ⃝ SANA ⃝ SANGRE ⃝ COAGULOS ⃝ OTROS:  **.**

TACTO: CERVIX: ⃝ CERRADO ⃝ DILATADO ⃝ DOLOROSO

UTERO: ⃝ ANTERIOR ⃝ POSTERIOR ⃝ MEDIAL

DESVIACIÓN: ⃝ IZQUIERDA ⃝ DERECHA ⃝ MEDIAL

ESPECULOSCOPÍA: VAGINA: ⃝ FLUJO ⃝ SANGRADO

CERVIX: ⃝ SANO ⃝ EROSIONADO

⃝ CERRADO ⃝ DILATADO

EDAD GESTACIONAL: $pacienteusg SDG

HISTEROMETRÍA: **\_**  CMS

**NOTA OPERATORIA**

**ANESTESIA.**

⃝ NINGUNA ⃝ ANESTESIA LOCAL CON LIDOCAINA AL 2% 11ML

⃝ ANALGESIA ⃝ SEDACIÓN

**REACCIONES ANESTÉSICAS.**

⃝ NINGUNA ⃝ SOMNOLENCIA ⃝ TINNITUS

⃝ PARESTESIAS ⃝ CONVULSIÓN ⃝ DIFICULTAD RESPIRATORIA

⃝ HIPOTENSIÓN ⃝ ANAFILAXIA ⃝ OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPO DE ASPIRACIÓN.**

⃝ MANUAL ⃝ ELÉCTRICA

DILATADORES DENNISTON HASTA NÚMERO:

CANULA EASY GRIP NÚMERO:

**DOLOR.**

DILATACIÓN: ⃝ NINGUNA ⃝ LEVE ⃝ MODERADO ⃝ SEVERO

ASPIRACIÓN: ⃝ NINGUNA ⃝ LEVE ⃝ MODERADO ⃝ SEVERO

POST-ASPIRACIÓN: ⃝ NINGUNA ⃝ LEVE ⃝ MODERADO ⃝ SEVERO

**COMPLICACIONES.**

⃝ NINGUNA ⃝ DESGARRO DE CUELLO ⃝ ATONIA UTERINO

⃝ HEMORRAGIA UTERINA ⃝ HEMORRAGIA CERVICAL ⃝ EVACUACIÓN INCOMPLETA

⃝ PERFORACIÓN ⃝ REACCIÓN VAGAL ⃝ HIPOTONIA UTERINA

⃝ MUERTE

**EXÁMEN DE TEJIDO.**

⃝ COÁGULOS ⃝ RESTOS OVULARES ⃝ DECIDUA-PLACENTA

⃝ ENDOMETRIO ⃝ TEJIDO NECROTIO ⃝ SOSPECHA DE MOLA HIDATIFORME

⃝ EVACUACIÓN EN BLANCO ⃝ OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERDIDA DE SANGRE (CC)\_\_\_\_\_\_\_\_

ENVIO A PATOLOGÍA: ⃝ NO ⃝ SI

APLICACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: ⃝ NO ⃝ SI TIPO:  **.**

**CONDUCTA.**

ANALGÉSICOS: KETOROLACO 30MG DOSIS UNICA, VÍA: ⃝ IM ⃝ IV

ANTIBIÓTICOS: ⃝ DOXICICLINA 100MG VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS

⃝ METRONIDAZOL 1GR VIA RECTAL DOSIS ÚNICA

OTROS: **\_\_\_\_\_\_\_ .\_**

RECOMENDACIONES.

CONTROL EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (HORAS/DIAS)

HORA DE SALIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REALIZO EL PROCEDIMIENTO

(FIRMA Y SELLO)

**NOTA POSTOPERATORIA**

NOMBRE DE LA PACIENTE: $pacientenombre

FECHA:

HORA:

DIAGNOSTIGO PREOPERATORIO: Embarazo de $pacienteusg SDG

TRATAMIENTO: Deseo de Interrupción Legal del Embarazo por Aspiración Manual Endouterina

PROCEDIMIENTO: Aspiración Manual Endouterina

DIAGNOSTICO POSTOPRATORIO: Puerperio inmediato Post Aspiración Manual Endouterina.

RESUMEN OPERATORIO:

Paciente previamente canalizada con solución fisiológica 100cc, se coloca paciente en posición de litotomía forzada, ya bajo efecto de sedación, se procede a examen pélvico bimanual encontrado útero en **anteversoflexión**, se coloca espéculo encontrado cérvix **medial**, se procede a realizar asepsia, antisepsia. Se coloca pinza pozzi en labio cervical anterior para tracción; se dilata cérvix con dilatadores del  al  progresivamente, se coloca cánula  y se inicia aspiración de cavidad uterina, se detiene aspiración manual hasta encontrar paso de espuma roja a través de la cánula y sensación de aspereza al deslizar la cánula sobre la superficie del útero, se retira material.

Inmediatamente se realiza rastreo ultrasonográfico transvaginal encontrando endometrio lineal sin liquido libre. Al finalizar se examina tejido para determinar la presencia de restos ovulares. Se da por concluida la aspiración manual endouterina.

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

NOMBRE DEL MÉDICO QUE DA LA ORIENTACIÓN (FIRMA Y SELLO)

**CENTRO MÉDICO MUJER, INDICACIONES IMPORTANTES PARA PACIENTES DESPUES DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA.**

**SINTOMAS NORMALES ESPERADOS**

* ﻿﻿Sangrado variable de 1 a 15 días posteriores al procedimiento que puede ser continuo o intermitente, parecido a la menstruación o bien solo manchas rosadas o café obscuro.
* ﻿﻿Puede que no hay sangrado inicial y que este aparezca al cabo de unos días, con pequeños coágulos.
* ﻿﻿El siguiente periodo menstrual puede presentarse de 30 a 60 días posteriores al procedimiento  
  quirúrgico.0
* ﻿﻿El dolor es frecuente en la primera semana, de baja intensidad e intermitente, parecido al cólico menstrual; puedes aplicar una bolsa de agua tibia en la parte baja del abdomen, si persiste puedes tomar un analgésico tipo Buscapina, Syncol o Supradol.
* ﻿﻿Los síntomas propios del embarazo comenzaran a desaparecer entre 3 a 5 días después de su  
  atención
* ﻿﻿Puedes sentirte un poco deprimida, por la baja de nivel hormonal, lo que NO te impedirá incorporarte a tus actividades habituales de inmediato.
* ﻿﻿Es normal que las pruebas de embarazo en orina y/o sangre sigan positivas hasta 1 mes posterior al procedimiento.
* ﻿﻿Puedes volverte a embarazar dentro de 15 días si tienes relaciones sexuales sin protección.

**DATOS DE ALARMA**

* ﻿﻿Sangrado abundante que llegue a empapar más de 4 toallas nocturnas en menos de 2 horas.
* ﻿﻿Dolor persiste de forma intensa después de 2 horas de haber ingerido el analgésico que no te
* permitan levantarte.
* ﻿﻿Detectar flujo transvaginal con **olor desagradable.**
* ﻿﻿Temperatura corporal por arriba de **38° C por más de 24 horas** en cualquiera de estos casos debes de acudir de inmediato a la Clínica Centro Médico Mujer o al Hospital más cercano o llamar inmediatamente a los siguientes teléfonos: 5555642290, 800 8495214 o al 5555643219 para que el medico determine su causa lo más pronto posible.

**MEDIDAS GENERALES POR 15 DÍAS**

Debes suspender las relaciones sexuales después de tu atención.

* ﻿﻿No introducir nada vía vaginal incluye óvulos vaginales, tampones y copas menstruales.
* ﻿﻿No hacer lavados o duchas vaginales.
* ﻿﻿Evitar actividades físicas y ejercicios muy fuertes (Natación, aerobics, danza, correr)
* Puedes bañarte en regadera, pero no usar jacuzzi, alberca, tinas o entrar al mar.
* Evitar bebidas alcohólicas, fumar o drogas.
* Alimentación normal, evitando alimentos irritantes como: grasas, picantes y lácteos.

LEÍ Y ENTENDÍ TODO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE: $pacientenombre

FECHA:

**CENTRO MÉDICO MUJER, INDICACIONES IMPORTANTES PARA PACIENTES DESPUES DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA.**

**SINTOMAS NORMALES ESPERADOS**

* ﻿﻿Sangrado variable de 1 a 15 días posteriores al procedimiento que puede ser continuo o intermitente, parecido a la menstruación o bien solo manchas rosadas o café obscuro.
* ﻿﻿Puede que no hay sangrado inicial y que este aparezca al cabo de unos días, con pequeños coágulos.
* ﻿﻿El siguiente periodo menstrual puede presentarse de 30 a 60 días posteriores al procedimiento  
  quirúrgico.0
* ﻿﻿El dolor es frecuente en la primera semana, de baja intensidad e intermitente, parecido al cólico menstrual; puedes aplicar una bolsa de agua tibia en la parte baja del abdomen, si persiste puedes tomar un analgésico tipo Buscapina, Syncol o Supradol.
* ﻿﻿Los síntomas propios del embarazo comenzaran a desaparecer entre 3 a 5 días después de su  
  atención
* ﻿﻿Puedes sentirte un poco deprimida, por la baja de nivel hormonal, lo que NO te impedirá incorporarte a tus actividades habituales de inmediato.
* ﻿﻿Es normal que las pruebas de embarazo en orina y/o sangre sigan positivas hasta 1 mes posterior al procedimiento.
* ﻿﻿Puedes volverte a embarazar dentro de 15 días si tienes relaciones sexuales sin protección.

**DATOS DE ALARMA**

* ﻿﻿Sangrado abundante que llegue a empapar más de 4 toallas nocturnas en menos de 2 horas.
* ﻿﻿Dolor persiste de forma intensa después de 2 horas de haber ingerido el analgésico que no te
* permitan levantarte.
* ﻿﻿Detectar flujo transvaginal con **olor desagradable.**
* ﻿﻿Temperatura corporal por arriba de **38° C por más de 24 horas** en cualquiera de estos casos debes de acudir de inmediato a la Clínica Centro Médico Mujer o al Hospital más cercano o llamar inmediatamente a los siguientes teléfonos: 5555642290, 800 8495214 o al 5555643219 para que el medico determine su causa lo más pronto posible.

**MEDIDAS GENERALES POR 15 DÍAS**

Debes suspender las relaciones sexuales después de tu atención.

* ﻿﻿No introducir nada vía vaginal incluye óvulos vaginales, tampones y copas menstruales.
* ﻿﻿No hacer lavados o duchas vaginales.
* ﻿﻿Evitar actividades físicas y ejercicios muy fuertes (Natación, aerobics, danza, correr)
* Puedes bañarte en regadera, pero no usar jacuzzi, alberca, tinas o entrar al mar.
* Evitar bebidas alcohólicas, fumar o drogas.
* Alimentación normal, evitando alimentos irritantes como: grasas, picantes y lácteos.

LEÍ Y ENTENDÍ TODO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE: $pacientenombre

FECHA:

**NOTA DE ALTA**

**NOMBRE DE LA PACIENTE:** $pacientenombre

**EDAD: $pacienteedad** Años

**DIAGNOSTICO DE INGRESO:** Embarazo de $pacienteusgSemanas de gestación

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Puerperio inmediato post AMEU

**FECHA DE INGRESO:**

**FECHA DE EGRESO:**

**MOTIVO DE ALTA:** Mejoría.

**RESUMEN CLINICO:**

Paciente femenino que ingresa con diagnóstico antes citado. Se le practica ILE (Interrupción Legal del Embarazo) por Aspiración Manual Endouterina sin complicaciones aparentes. A la exploración física se encuentran signos vitales estables, micción presente, escaso sangrado transvaginal, por lo que se decide su ALTA por mejoría.

**INDICACIONES:**

1. Dieta normal, evitando alimentos irritantes como: grasas, picantes y lácteos.
2. Acudir a revisión médica en caso de presentar datos de alarma:

* Fiebre (Temperatura mayor a 38° por más de 24 horas).
* Dolor abdominal intenso que no te permita levantarte.
* Sangrado abundante y/o constante por más de 15 días.
* Detectar flujo transvaginal con olor desagradable.

1. En caso de dudas favor de comunicarse a los Teléfonos

* 55642290,55643219 y 800 8495214.

**NOTA DE ALTA**

**NOMBRE DE LA PACIENTE:** $pacientenombre

**EDAD: $pacienteedad** Años

**DIAGNOSTICO DE INGRESO:** Embarazo de $pacienteusgSemanas de gestación

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Puerperio inmediato post AMEU

**FECHA DE INGRESO:**

**FECHA DE EGRESO:**

**MOTIVO DE ALTA:** Mejoría.

**RESUMEN CLINICO:**

Paciente femenino que ingresa con diagnóstico antes citado. Se le practica ILE (Interrupción Legal del Embarazo) por Aspiración Manual Endouterina sin complicaciones aparentes. A la exploración física se encuentran signos vitales estables, micción presente, escaso sangrado transvaginal, por lo que se decide su ALTA por mejoría.

**INDICACIONES:**

1.Dieta normal, evitando alimentos irritantes como: grasas, picantes y lácteos.

2.Acudir a revisión médica en caso de presentar datos de alarma:

* Fiebre (Temperatura mayor a 38° por más de 24 horas).
* Dolor abdominal intenso que no te permita levantarte.
* Sangrado abundante y/o constante por más de 15 días.
* Detectar flujo transvaginal con olor desagradable.

3.En caso de dudas favor de comunicarse a los Teléfonos

* 55642290,55643219 y 800 8495214.

**REPORTE DE ULTRASONIDO**

FECHA:

NOMBRE DE LA PACIENTE: $pacientenombre

EDAD: $pacienteedad Años.

Paciente femenina acude por deseo de interrupcion legal del embarazo, consciente, orientada, hidratada, buena coloración de piel y tegumentos campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos normales, depresible no doloroso a palpación, sin irritación peritoneal, miembros inferiores con buen llenado capilar. A la exploración física se encuentran signos vitales estables, micción presente.

Se realiza rastreo ultrasonografico por via pelvica observando al momento del estudio los

siguientes hallazgos:

El utero aumentado de tamaño a expensas de embarazo intrauterino. Se midio la longitud cefalocaudal de mm con frecuencia cardiaca fetal presente. Lo que sugiere una edad gestacional de $pacienteusg semanas de gestacion.

Ovarios y regiones anexiales de caracteristicas normales, cervix cerrado.

P.A.R.I. Alfaro Mora Maria de los Angeles

Tec. Radiologia e Imagenologia

Cédula Profesional 12066079