**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO T COBRE**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Yo: $pacientenombre de $pacienteedad años, DECLARO que el personal de la Clínica Centro Médico Mujer me ha orientado sobre métodos anticonceptivos disponibles, sus ventajas y desventajas, riesgos y efectos secundarios; que para dicha elección se ha considerado mi estado de salud actual mediante el historial clínico que he proporcionado y mis derechos reproductivos y que comprendo la información recibida, tras lo cual he decidido libremente el uso de DISPOSITIVO INTRAUTERINO T COBRE.

Comprendo que:

* El dispositivo intrauterino T cobre, es un método sin hormonas, que actúa previniendo la fecundación ya que afecta la movilidad de los espermatozoides impidiendo que alcancen el óvulo.
* Puede utilizarse en pacientes de cualquier edad, que ya hayan iniciado vida sexual activa, hayan o no tenido embarazos previamente.
* Que su efectividad es de alrededor de 98% (20 de cada 1000 pacientes por año).
* Que su duración máxima es de 5 años, pero que existe el riesgo de que se descienda, se trasloque o se expulse y que puede ser retirado en el momento que así lo decida.
* Que hasta en el 50% de las pacientes se presenta aumento de sangrado transvaginal y de la intensidad de los cólicos durante la menstruación y/o de forma intermenstrual.
* El dispositivo intrauterino puede ser expulsado en <1 de cada 20 mujeres y es más común, en el primer año de uso, particularmente en los primeros meses de su inserción.
* El riesgo total de embarazo ectópico, cuando se usa el dispositivo intrauterino es muy bajo, aproximadamente 1 de cada 1000 en 5 años.
* La colocación de dicho dispositivo se realiza de forma ambulatoria, una vez descartado embarazo y se lleva a cabo por personal capacitado y que durante la inserción podrían presentarse los siguientes síntomas:
* Dolor tipo cólico de moderado a intenso, tanto en medición uterina como durante su colocación.
* Mareo, sudoración, bradicardia y excepcionalmente baja de la presión arterial.
* Perforación uterina (2 de cada 1,000 inserciones).
* Infección vaginal (principalmente dentro del primer mes tras su colocación).
* Sangrado uterino debido a la manipulación.
* El tiempo y la facilidad/dificultad de la colocación depende en gran medida de la anatomía uterina, por lo que posterior a la colocación se realizarán rastreos endovaginales para corroborar la correcta localización del método inmediatamente después de su colocación y se guardará evidencia fotográfica para uso médico de revisión posterior.
* Deberé realizar las revisiones indicadas y correspondientes, con el fin de asegurar la correcta locación del dispositivo durante su vida útil.
* Es recomendable evitar uso de tampones o copas menstruales para evitar cualquier incidente con los hilos guía.
* Durante la extracción puede presentarse:
* Dolor tipo cólico
* Sangrado vaginal
* Ausencia o ruptura de hilos guía: si los hilos no son visibles y el dispositivo está en la cavidad uterina, éste podría extraerse mediante material quirúrgico especial. Esta maniobra puede requerir la dilatación del canal cervical u otra intervención quirúrgica con el fin de extraer por completo el dispositivo.

He comprendido la explicación que me facilitaron en un lenguaje claro y sencillo, se me ha permitido realizar todas las consultas y me han aclarado todas las dudas que 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 de la inserción, uso y extracción del DISPOSITIVO INTRAUTERINO T COBRE.

En tales condiciones, libre y voluntariamente CONSIENTO que se proceda a la colocación de un DISPOSITIVO INTRAUTERINO T COBRE.

NOMBRE Y FIRMA DE PACIENTE $pacientenombre

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$doctoranombre

NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO QUE BRINDA LA ORIENTACIÓN