**COSENTIMIENTO INFORMADO**

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO (SIU) MIA CARE**

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

Yo: $pacientenombre de $pacienteedad años, DECLARO que el personal médico 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 (SIU) MIA CARE.

Comprendo que:

* El Sistema intrauterino MIA CARE, es un dispositivo de plástico medicado con Levonorgestrel, que tiene la finalidad de brindar protección anticonceptiva, y según sea el caso, acción terapéutica.
* La efectividad anticonceptiva brindada por el anticonceptivo SIU MIA CARE es mayor al 99%.
* Que su efectividad es de alrededor de 98% (20 de cada 1000 pacientes por año).
* 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 ( 1 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.
* Deberé realizar las revisiones indicadas y correspondientes, con el fin de asegurar la correcta locación del dispositivo durante su vida útil.
* Los efectos secundarios del SIU MIA CARE dependiendo de cada organismo, pueden ser:
* **Muy comunes (1 de cada 10 pacientes):** alteración en el patrón de sangrado:manchando, mestruación poco frecuente o ausencia de menstruación, quistes ováricos benignos.
* **Comunes (1 de cada 100 pacientes):** estado de ánimo deprimido, nerviosismo, disminución de la libido, dolor de cabeza, acné, menstruación dolorosa, flujo vaginal, dolor de mamas, expulsión de SIU, aumento de peso.
* **Poco comunes (1 de cada 100 pacientes):** migraña, distensión abdominal, alopecia, hirsutismo, hiperpigmentación cutánea, infecciones vaginales o enfermedade inflamatoria pélvica, edema.
* **Raras (1 de cada 100 pacientes:** rash o urticaria
* El riesgo absoluto de embarazo ectópico en usuarias de SIU MIA CARE es bajo debido a la reducida probabilidad total de embarazo , en usuarias de SIU MIA CARE comparado con las mujeres que no usan ningunanticonceptivo.
* Su duración máxima es de 5 años, tras los cuales podrá ser retirado o reemplazado en caso de no desear embarazo a corto plazo.
* Es recomendable evitar uso de tapones o copas menstruales para evitar cualquier incidente con los hilos guía.
* Que puede ser retirado en el momento que así lo decida.
* 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 de SISTEMA INTRAUTERINO MIA CARE.

En tales condiciones, libre y voluntariamente CONSIENTO que se proceda a la colocación de un SISTEMA INTRAUTERINO MIA CARE.

NOMBRE Y FIRMA DE PACIENTE $pacientenombre

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

$doctoranombre

NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO QUE BRINDA INFORMACIÓN