

GyO – IVE MISOPROSTOL**CONSENTIMIENTO PARA IVE (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO): MISOPROSTOL.**

Ciudad y Fecha:/...../202.....

1. Yo....., cursando un embarazo de semanas de gestación, **solicito la interrupción voluntaria del mismo** conforme la Ley Nacional N° 27.610. En base a ello y a fin de permitir la interrupción deseada, luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos, objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento a realizar, autorizo al **Dr./a.**, y a su equipo, a que se efectuó la interrupción del embarazo mediante el procedimiento conocido como **ABORTO MEDICAMENTOSO MEDIANTE EL USO DE MISOPROSTOL**, que se llevará a cabo en.....

Se me ha informado que la confidencialidad del tratamiento está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico. Dado el tiempo de gestación y mi actual condición clínica, se me ha aclarado que mi tratamiento será: ☐ inicialmente ambulatorio ☐ con internación (*marcar lo que corresponda*).

2. Se me ha explicado que el Misoprostol es una prostaglandina cuyo efecto es el de provocar contracciones uterinas y actuar como agente dilatador de los vasos sanguíneos. En su uso gineco-obstétrico, la dosis requerida para obtener la expulsión del contenido uterino es indirectamente proporcional a la edad gestacional.
3. Se me ha informado que la interrupción del embarazo con el medicamento mencionado, puede realizarse mediante tres vías de administración: sublingual, vaginal y bucal (yugal). Al optar por una de las vías de administración, la misma se debe utilizar hasta la expulsión del contenido uterino. He participado en la elección de la vía de administración.
4. Además, se me ha informado se me administrarán analgésicos del tipo de Ibuprofeno u otros, para lograr el mejor confort durante y luego del procedimiento.
5. La práctica me ha sido totalmente explicada, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
- 5.1. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse durante el tratamiento son los siguientes:
- 5.1.1. Aborto incompleto o persistencia de restos ovulares, el cual requerirá la realización de un procedimiento de tipo invasivo para completar el tratamiento (AMEU- Aspiración manual intrauterina/ legrado evacuador).
- 5.1.2. Endometritis.
- 5.1.3. Salpingitis.
- 5.1.4. Hemorragias.
- 5.1.5. Dolor abdominal, diarrea y náuseas.
6. Se me ha aclarado que durante el curso del tratamiento, condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo y requiero que la/el profesional antes nombrado, o quien se designe, adopte/n las decisiones médicas, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el/ la profesional, o a quién se designe, realice los controles y atenciones necesarios durante todo el periodo post aborto. Sobre esto último hago presente que el establecimiento médico asistencial ha puesto a mi disposición los medios y recursos profesionales a su alcance para brindarme atención médica post aborto e información sobre métodos anticonceptivos y procreación responsable.
7. Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que se me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del tratamiento a realizar, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post tratamiento que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal post tratamiento, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

9. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.
10. Declaro ser alérgica a:
11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estime el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la intervención, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.
12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el tratamiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido totalmente, autorizando al profesional a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

Firma de la paciente: **Aclaración:**.....

Documento (tipo y N°): **Domicilio completo:**.....

.....

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O ALLEGADO O SISTEMA DE APOYO (de corresponder).

Marcar lo que corresponda: ☐ Persona menor de 13 años ☐ Adolescentes de entre 13 y 16 años si el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida ☐ Personas con sentencia judicial firme vigente de incapacidad o restricción de la capacidad para toma decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

Firma: **Aclaración:**

Documento (tipo y N°):..... **Domicilio completo:**.....

.....

Firma y sello del o de las/los profesionales médicos:

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.