



## LEGRATUTA GINEKOLOGIKOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO GINECOLÓGICO

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDKIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Legratuaren helburu nagusia ehun endometrial edo eta endozerbikaleko laginak lortzea da ikerketa histologikoa egiteko patologia endometrial egon daitekeela sumatzen den kasuetan (klinika edo ekografia bidez)

Batzuetan, balore terapautikoa izan dezake, metrorragia funtzional iragankor ugaria arintzeko edo polipo endometrial erazteko.

Legratu diagnostikoa soilik egin daiteke bide baginal bidez

### C.- ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Edozein interbentzio kirurgiko oro, bai teknika kirurgikoagatik baita pazientearen bizi egoeragatik (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adin aurreratua, anemia, obesitatea...) inplizituak diren hainbat arazo posible dakartza berarekin eta serioak izan daitezkeenak eta tratamendu osagarriak eska ditzaketanak bai medikuak zein kirurgikoak.

Legratu ginekologikoaren arazo zehatzak, maiztasun egoeragatik izan daitezke:

- Infekzioak sukar garapena izan dezaketanak (gernubideetako, endometritiseko, salpingitiseko....)
- Hemorragiak transfusio edo hemoderibatuak behar dituztenak. Zure medikuari adierazi beharko diozu horren inguruko arazoren bat baldin baduzu (Intra edo postoperatorioa)
- Umetokiaren perforazioa
- Legratuak sortu duen arazoaren iraunkortasuna
- Unetoki barneko itsaspenak (Asherman sindromea).

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

### D.- JAKINARAZI:

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

### E.- PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

El principal propósito del legrado es obtener muestras de tejido endometrial y/o endocervical para su estudio histológico en aquellos casos en que exista sospecha de patología endometrial (por clínica o ecografía).

A veces, puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente una metrorragia funcional copiosa y/o extirpar un pólipo endometrial.

El legrado diagnóstico sólo se puede practicar por vía vaginal

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

Las complicaciones específicas del legrado ginecológico, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión o hemoderivados. Debe informar a su médico si tiene algún problema al respecto. (Intra o postoperatoria).
- Perforación del útero.
- Persistencia del problema que originó el legrado.
- Adherencias intrauterinas (Síndrome de Asherman).

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

### D.- AVISENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

### E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado

larritasuna handitu ditzakete. Medikuek zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

**F.- ORDEZKO AUKERAK:**

Tratamendu medikua: estrogenoen/gestagenoen erabilera dosi altuetan, botika hiperkoagulatazaileak odol ugaria dagoen kasuetan.

Histeroskopia edo biopsia endometrial legratua diagnostikoa denean.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.- ALTERNATIVAS:**

Tratamiento médico: uso de estrógenos/gestágenos a altas dosis, fármacos hipercoagulantes, en caso de sangrado abundante

Histeroscopia o biopsia endometrial cuando el legrado es diagnóstico.

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha



**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.

**Sinadura eta data**

Firma y fecha.....