

**CENTRO MEDICO PACIFICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO(IVE)**

INFORMACIÓN MÉDICA

La interrupción voluntaria del embarazo está contenida en la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y Art. 8 del RD 825/2010 de 25 de junio.

La interrupción del embarazo se puede realizar por los siguientes métodos:

1.- **Inducción obstétrica**, consistente en el desencadenamiento farmacológico de contracciones uterinas que conseguirán la dilatación cervical y la expulsión del feto.

2.- **Evacuación quirúrgica mediante legrado aspiración**. El tipo de anestesia para este método será valorado por el servicio de anestesia. Se practica solo por vía vaginal y consiste en dilatar el cuello uterino y posterior extracción de los componentes ovulares ya sea por aspiración o mediante legrado de la cavidad mediante legras uterinas.

Como toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por la situación clínica de cada paciente, lleva implícita una serie de riesgos y complicaciones potencialmente serias (1-2 %), que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (1-2/100.000). Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia pueden ser:

- Infecciones, con posible evolución febril (Inf. urinarias, endometritis, salpingitis, etc.)
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra y posoperatoria).
- Perforación del útero o rotura uterina con necesidad de realizar laparoscopia o laparotomía.
- Lesión de los órganos abdominales (asas intestinales, uréter, vejiga, venas y arterias) tras la perforación uterina.
- Histerectomía (extirpación del útero) por las complicaciones que ocurren.
- Peritonitis (infección abdominal)
- Persistencia de restos, coágulos sanguíneos (Hematómetra)
- Riesgos inherentes a la técnica anestésica.
- Adherencias de la cavidad uterina (sinequias) que dificulten posteriores gestaciones.

SI EN EL MOMENTO DEL ACTO QUIRÚRGICO SURGIERA ALGUN IMPREVISTO, EL EQUIPO MEDICO PODRA VARIAR LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PROGRAMADA.

CODIGO.....

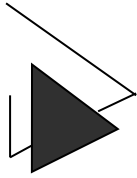
DECLARO:

Haber sido informada en forma comprensible de la naturaleza de la intervención, así como de sus riesgos, alternativas y de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de ella, así como las instrucciones sobre cuidados y recomendaciones posteriores a la intervención y de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarme; haber realizado todas las preguntas que he creído conveniente y haber quedado satisfecha con las respuestas recibidas, por lo que doy mi consentimiento para que se me realice la intervención descrita.

En Madrid a.....de.....de.....

MEDICO

PACIENTE



**CENTRO MEDICO PACIFICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO(IVE)**

CONSENTIMIENTO SUBROGADO.

Dn/a

DNI O PASAPORTE:

En calidad de representante de D.

Menor de edad,

DECLARO:

Haber sido informado/a por el Médico de la clínica Centro Médico Pacífico, de los riesgos posibles de una interrupción voluntaria del embarazo y que he realizado todas las preguntas y resuelto mis dudas al respecto, por lo que doy mi consentimiento a dicho acto.

Fdo. : La paciente

Fdo: El representante legal

PARA MENORES DE 16 AÑOS:

DECLARO:

Que las relaciones sexuales que mantengo son consentidas y que mi pareja tiene _____ años de edad.

Fdo.