



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
UMETOKI-BARNEKO GAILUA JARTZEA (UBG)
COLOCACION DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

UBG material ezberdinez egindako gailua da, metalez estalia, edo medikamentuak dauzkana; umetokiaren barnean jartzen da haurdun ez geratzeko edo/eta nahasmendu ginekologiko batzuen tratamendu moduan (metrorragiak, miomak,...).

UBFG ambulatorioko kontsultan jartzen da, nahiz eta inoiz anestesia orokorra ere erabili behar den.

UBG jarriz gero, txikia da haurduntza-tasa, baina ez da %0koa. Gailuaren iraupena hauxe da: <~~ ~>urte.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Hauexek izan daitezke UBG jartzean eman daitezkeen konplikazioak:

- **Mina edo/eta lipotimia.**
- **Inoiz umetokia zulatzea gerta daiteke, oso-oso gutxitan bada ere**
- **Infekzioa hilabetetik beherako epean. Denbora-tarte hori amaitutakoan, infekzioa emanez gero, arrazoa beste bat izango da.**

Gerora eman daitezkeen konplikazioak honakoak izan daitezke:

- **Haurdun geratzea; honelakoetan abortua eta haurduntza ektopikoa izateko arriskua altuxeagoa izaten da.**
- **Jaistea eta botatzea.**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMACION:

El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto con metales o que contiene medicamentos, que se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo y/o como tratamiento de algunas alteraciones ginecológicas (metrorragias, miomas,...).

La colocación del DIU se realiza en consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general.

La tasa de embarazo con el DIU es baja, pero no del 0%. Su duración es de <~~ ~> años.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones del DIU en el momento de su colocación puede ser:

- Dolor y/o lipotimia.
- Muy excepcionalmente puede haber perforación uterina.
- Infección en el periodo de menos de un mes. Pasado este tiempo la infección se debe a otras causas.

Las complicaciones posteriores pueden ser:

- Embarazo, existiendo algo mas riesgo de aboarato y de embarazo ectópico cuando éste se produce.
- Descenso y expulsión.



- **Nahasmenduak ematea hilekoan: hilekoaren odol kantitatea gehitzea edo/eta iraupena luzatzea; hilekoen artean zikintzea. UBG jarrita izan eta medikazioa hartuz gero, gerta daiteke odola desagertzea, hilekoan.**
- **Mina, dismenorrea.**
- **UBG abdomen-barrunberantz joatea.**
- **Antzutasuna eragin dezaketen tronpa edo obarioetako infekzioak. Konplikazio hauek ohikoagoak izaten dira bikoteko kideek harreman sexualak beste pertsona batzuekin edukiz gero. Konplikazio hauen arrazoia ez da UBG bera, ohitura sexualak baino.**
- **Harien erreferentzia galtzea**

Ateratzean eman daitekeen konplikazioa:

- **UBG apurtzea, zatiren bat bertan geratuta.**

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual. Con el DIU con medicación se puede producir disminución o ausencia del sangrado menstrual.
- Dolor, dismenorrea
- Migración del DIU a la cavidad abdominal.
- Infecciones a nivel de las trompas y de los ovarios, que pueden causar esterilidad. Estas complicaciones son mas frecuentes en caso de otras relaciones sexuales por parte de los miembros de la pareja. Esta complicación no se debe al DIU sino a los habitos sexuales.
- Perdida de referencia de los hilos.

Las complicaciones en la extracción puede ser:

- Rotura del DIU con retención de un fragmento.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

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/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko 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