



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTEROSALPINGOGRAFIA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

**HISTEROSALPINGOGRAFIA antzutasuna aztertzeke erabiltzen den teknika da, emakumearen barne-organo genitalak miatuta. Teknika horri esker, umetokiaren eta tronpen analisi anatomikoa egin daiteke; eta, horrela, atzeman daiteke umetokiak malformazioen bat ote duen, edo buxada tubarikorik ote dagoen.**

**Probaren oinarria hau da: posizio ginekologikoan egonda, bagina-espekulu bat jartzen da; ondoren, kanula baten bidez, likido bat sartzen da umetoki-lepoan (kontraste erradiologikoa).**

**Proba epe honetan egin behar da: hilekoa eduki eta 7 - 10 egunetara (hilekoa duzun lehenengo egunean Erradiologiako Zerbitzura deitu beharko duzu, 943-035303 telefonora).**

**Honen guztiaren berri eman beharko zaio proba eskatzen duen medikuari eta erradiologoari: alergiak (iododun kontrastei edo/eta botikaren bati); gaixotasunak (bihotza, giltzurruna, asma). Iododun kontrastei alerriarik, edo asmarik edukiz gero, medikazio bat hartu beharko da proba egin aurretik, agindupean (bertan emango da).**

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **Lipotimia edo koadro bagala izatea (zorabioa); miaketa aldi batean eten, eta desagertu ohi da.**
- **Mina izatea, miaketa egiten den bitartean. Hala bada, proban egongo den erradiologoari jakinarazi behar zaio.**
- **Infekzioak gertatzeko arriskua egon daiteke, barrunbe antzuetan tresnak erabiltzen direnean (umetokian, esaterako). Baina nekez gertatzen da, material guztia asepsia baldintzetan erabiltzen baita.**

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

De las técnicas que se emplean para la valoración de los órganos genitales internos femeninos, la HISTEROSALPINGOGRAFIA se emplea para el estudio de la esterilidad, permitiendo el análisis anatómico de útero y trompas, para el despistaje de malformaciones uterinas y obstrucciones tubáricas.

La prueba consiste en introducir un líquido (contraste radiológico) a través de una cánula que se introduce en el cuello del útero previa colocación de un espéculo vaginal encontrándose usted en posición ginecológica.

La prueba se realiza entre el 7º y 10º día a partir de la fecha de la última menstruación (Deberá llamar al servicio de Radiología 943-035303 el primer día que tenga la regla).

Deberá advertir al médico que solicita la prueba y al radiólogo si es usted alérgica a los contrastes iodados, si padece alguna alergia medicamentosa documentada o si padece alguna enfermedad conocida (corazón, riñón asma). En caso de alergia al contraste yodado, alergia medicamentosa o asma deberá tomar una medicación previa ya pautada que se le facilitará.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- **Lipotimia o cuadro vago (mareo) que suele ceder con la interrupción temporal de la exploración.**
- **Dolores al instrumentar durante la exploración; tiene que comunicárselo al radiólogo que realiza el procedimiento y estará presente durante toda la prueba.**
- **La infección es un riesgo potencial cuando hay instrumentación en cavidades estériles como el útero; ocurre rara vez al emplearse material en condiciones de asepsia.**



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

<~~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS  
CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<-->

**Datuak babesteari buruzko oinarritzko 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**

**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