Apéndice A

EDUCACIÓN DEL CLIENTE PARA ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)

Antes de usar un anticonceptivo intrauterino, debe conocer todas las formas anticonceptivas, que incluyen todos los métodos recetados, sin receta y naturales. Es importante que sus preguntas se respondan y que usted entienda todas las instrucciones del prospecto del fabricante. Es importante que entienda que ningún método anticonceptivo, excepto la abstinencia, es 100% eficaz contra el embarazo o evita contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Los siguientes beneficios, riesgos/efectos secundarios, signos de advertencia, alternativas, instrucciones, y la decisión de interrumpir el uso, respecto del método anticonceptivo, anticonceptivo intrauterino, se me explicaron antes de decidir voluntariamente usar este método anticonceptivo.

BENEFICIOS:
El DIU es 98 a 99% eficaz. Los DIU que contienen progestina (Mirena®) pueden reducir el flujo menstrual y los periodos menstruales dolorosos. El DIU ofrece protección contra el embarazo (Paragard® – 10 años; Mirena® – 5 años).

NO DEBE USAR UN DIU SI TIENE:

_____ Cirrosis o tumores en el hígado (solo Mirena®)
_____ Cáncer de seno (solo Mirena®)
_____ Coágulos de sangre grave en las venas profundas (solo Mirena®)
_____ Infección pélvica actual (EPI), (Clamidia, gonorrea)
_____ VIH/SIDA – toma medicamentos antirretrovirales
_____ Cáncer de útero, cuello uterino u ovarios
_____ Problemas de coagulación sanguínea o toma medicamentos anticoagulantes
_____ Sangrado vaginal (no diagnosticado, es decir, sin una razón conocida)
_____ Enfermedad de Wilson
_____ Lupus
_____ Dolores de cabeza con aura
_____ Cardiopatía isquémica (actual o antecedentes)
_____ Tuberculosis pélvica
_____ Trasplante de órganos sólidos
_____ Alergia al cobre
_____ Fibromas uterinos

RIESGOS/EFECTOS SECUNDARIOS

1. Cambios en el sangrado menstrual y/o manchado entre periodos; muy común y variarán según el DIU utilizado
2. Expulsión parcial o completa del dispositivo; se puede embarazar si esto sucede
3. Con poca frecuencia se produce perforación del útero, pero a veces se requiere cirugía para retirar el DIU.

SIGNOS DE ADVERTENCIA: Debe llamar a su proveedor si manifiesta alguno de los siguientes signos de advertencia tempranos:

- Atraso del periodo (embarazo), manchado o sangrado anormal
- Dolor abdominal, dolor al tener relaciones sexuales
- Exposición a infecciones (como gonorrea), secreción anormal
- No se siente bien, fiebre, escalofríos
- El cordón falta, está más corto o más largo

ALTERNATIVAS: Existen métodos anticonceptivos alternativos y puede recibir a solicitud información acerca de cualquiera de esas opciones y analizar con su proveedor si los métodos alternativos pueden ser una buena opción para usted.

INSTRUCCIONES: Debe revisar el cordón del DIU después de cada periodo mensualmente e informar a su proveedor si no puede sentir los cordones o si tiene alguna otra razón para creer que ha expulsado su DIU.

DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL USO: Puede optar por retirar el DIU en cualquier momento. Si en el momento del retiro desea prevenir un embarazo, se puede insertar otro DIU o elegir usar otro método anticonceptivo.

SOLICITUD DE ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)
POR MUJERES CON FACTORES DE RIESGO

Al igual que cualquier otro método anticonceptivo, los DIU no siempre son adecuados para todas las mujeres. Para cada mujer se determinan los riesgos respecto de los beneficios.

Sus antecedentes médicos y un examen pueden revelar que existe uno o más riesgos si utiliza un DIU. A continuación están marcados los síntomas o problemas que podrían causar graves efectos secundarios si usa un DIU.

_____ Cirrosis o tumores en el hígado
_____ Infección pélvica actual (EPI), (Clamidia, gonorrea)
_____ Exposición a varias parejas sexuales
_____ Pareja con varias parejas sexuales
_____ Tener VIH/SIDA – toma medicamentos antirretrovirales
_____ Tener cáncer de seno, cuello uterino, endometrio u ovario (o estar bajo evaluación para detectarlo)
_____ Tener coágulos de sangre grave en las venas profundas (solo Mirena®)
_____ Tener problemas de coagulación sanguínea o tomar medicamentos anticoagulantes
_____ Tener sangrado vaginal (no diagnosticado)
_____ Antecedentes de enfermedad de Wilson
_____ Lupus
_____ Dolores de cabeza con aura
_____ Cardiopatía isquémica (actual o antecedentes)
_____ Tuberculosis pélvica
_____ Trasplante de órganos sólidos
_____ Alergia al cobre

Se me han explicado los efectos secundarios, síntomas y problemas anteriores. Leí la hoja de instrucciones, el folleto del fabricante y deseo que se me recete el DIU. Una vez que se haya insertado el DIU, regresaré a la clínica luego de mi primer ciclo menstrual o dentro de 3 meses para un examen de seguimiento.

Se me ha asesorado y acepto los posibles riesgos y daños graves que se pueden producir al usar un DIU. El proveedor de atención médica me ha explicado mi condición de manera satisfactoria. El profesional de atención médica ha dado respuesta a todas mis preguntas. Puedo hacer preguntas en cualquier momento. Puedo buscar un método anticonceptivo alternativo en cualquier momento.

Libero a _____ (nombre de la agencia), a sus empleados o agentes de cualquier y todo reclamo, daño o responsabilidad que pueda tener en contra de ellos como resultado de la recepción de los servicios médicos, suministros y/o procedimientos.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma del testigo Fecha

CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____ _____, solicito el Anticonceptivo intrauterino como mi método de planificación familiar.

Recibí y leí información para (escriba en letra imprenta o a máquina el tipo de anticonceptivo intrauterino) _____en el Prospecto para el paciente que contiene información acerca de los beneficios y riesgos de usar este método. Se me brindó la oportunidad de hacer preguntas acerca de todas las formas anticonceptivas, que incluyen todos los métodos recetados, sin receta y naturales. Se ha dado respuesta a todas mis preguntas a mi entera satisfacción y entendí todas las respuestas.

Entiendo que ningún método anticonceptivo, excepto la abstinencia, es 100% eficaz contra el embarazo o evita contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Entiendo que el DIU no me protegerá contra las infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Se me ha informado que el DIU es 98 a 99% eficaz. Los DIU que contienen progestina (Mirena®) pueden reducir el flujo menstrual y los periodos menstruales dolorosos. Se me ha informado que el DIU ofrece protección contra el embarazo (Paragard® – 10 años; Mirena® – 5 años).

Entiendo que no debo usar un DIU si tengo:

1. Alergia al cobre (para Paragard®, la T de cobre)
2. Problemas de coagulación sanguínea o tomo medicamentos anticoagulantes
3. Cáncer de seno (solo Mirena®)
4. Cáncer de útero, cuello uterino u ovarios
5. Cirrosis o tumores en el hígado (solo Mirena®)
6. Infección pélvica actual (EPI), (Clamidia, gonorrea)
7. Dolores de cabeza con aura
8. VIH/SIDA – toma medicamentos antirretrovirales
9. Cardiopatía isquémica (actual o antecedentes)
10. Lupus
11. Tuberculosis pélvica
12. Coágulos de sangre grave en las venas profundas (solo Mirena®)
13. Trasplante de órganos sólidos
14. Fibromas uterinos
15. Sangrado vaginal (no diagnosticado)
16. Enfermedad de Wilson

RIESGOS/EFECTOS SECUNDARIOS

Entiendo que los efectos secundarios asociados a veces con el DIU ParaGard® incluyen:

1. Cambios en el sangrado menstrual y/o manchado entre periodos; muy común y variarán según el DIU utilizado
2. Expulsión parcial o completa del dispositivo; se puede embarazar si esto sucede

3. Con poca frecuencia se produce perforación del útero, pero a veces se requiere cirugía para retirar el DIU.

SIGNOS DE ADVERTENCIA: Se me ha informado que debo llamar si manifiesto alguno de los siguientes signos de advertencia tempranos:

- Atraso del periodo (embarazo), manchado o sangrado anormal
- Dolor abdominal, dolor al tener relaciones sexuales
- Exposición a infecciones (como gonorrea), secreción anormal (EPI)
- No se siente bien, fiebre, escalofríos, desfallecimiento
- El cordón falta, está más corto o más largo

ALTERNATIVAS: Recibí información escrita acerca de otros métodos anticonceptivos y opté por un DIU.

INSTRUCCIONES: Se me ha informado que el DIU se inserta. Leí y seguiré las instrucciones que se me indicaron. Entiendo que debo revisar el cordón del DIU después de cada periodo mensualmente.

DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL USO: Entiendo que el DIU se puede retirar en cualquier momento. Si no quiero embarazarme, se me ha informado que puedo solicitar que se inserte otro DIU o elegir usar otro método anticonceptivo.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, a todas las cuales se ha dado respuesta.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

****

Complete lo siguiente si fue necesario interpretar el consentimiento informado:

- Se ofreció un intérprete al cliente. ☐ sí ☐ no
- Se ha leído este formulario al cliente en su idioma materno. ☐ sí ☐ no
- Idioma del paciente (especifique): _____
- Nombre del intérprete: _____
  (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina)
- Servicios de interpretación proporcionados por (agencia): _____
- Fecha: _____ Firma del intérprete: _____

****

Para uso exclusivo del personal

Mediante mi firma, confirmo que:

- El cliente leyó personalmente este formulario o un intérprete se lo leyó.
- El cliente afirma que entiende esta información.
- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.

Fecha: _____ Firma del personal: _____