

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL  
ABORTO ESPONTÁNEO**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre y apellidos del paciente: .....

HC: .....

Domicilio en ..... DNI: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede):  
.....

**DECLARO**

Que el Dr/a .....

Me ha explicado el modo mediante el que se me va a realizar la evacuación uterina ante el diagnóstico de aborto

1. **El propósito del tratamiento médico del aborto** es extraer del útero el producto no viable de la gestación sin instrumentación quirúrgica (legrado). Se realiza administrando una medicación por vía vaginal que hace que el útero se contraiga y expulse el feto y la placenta. El fármaco utilizado es el misoprostol en régimen de uso distinto a las indicaciones incluidas en ficha técnica. Dicho fármaco se administrará cada 12 horas mientras usted permanece ingresada con medicación intravenosa para evitar el dolor abdominal. Posteriormente se le realizará una ecografía vaginal para comprobar la adecuada evacuación uterina.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** las complicaciones específicas del tratamiento médico del aborto son:

- Aborto incompleto, que puede obligar a la realización de un legrado evacuador
- Reacción alérgica a los medicamentos
- Dolor abdominal
- Náuseas, vómitos, diarrea
- Hemorragia
- Infección del aparato genital
- Sangrado prolongado (promedio: 9 a 12 días)

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aparecer riesgos o complicaciones como .....

4. **Transfusiones:** no se puede descartar a priori que en el transcurso del tratamiento surja la necesidad de una transfusión sanguínea que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal cualificado para ello.

5. Tras la administración de este fármaco se recomienda utilizar un **método anticonceptivo** fiable al menos durante el siguiente ciclo menstrual

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el facultativo que me ha atendido **me ha aclarado** todas las dudas que he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

También he comprendido que en caso de no aceptar el tratamiento médico se me realizará un **legrado uterino** evacuador.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del método empleado.

Y en tales condiciones **consiento** que se me realice el tratamiento médico del aborto espontáneo.

### **Declaraciones y firmas:**

Firma del médico que informa

Dr/a: .....

Colegiado nº .....

Fecha: .....

D<sup>a</sup>: .....

Firma del paciente

D./D<sup>a</sup>: ....., con

DNI: ..... en calidad de ..... a causa de

..... doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

### **Revocación del consentimiento:**

D./D<sup>a</sup>: ....., con

DNI: ..... **revoco** el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución del proceso.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha .....