

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

### Objetivo

El principal propósito del procedimiento es retirar el dispositivo intrauterino (DIU).

### Características

Para extraer el DIU, el médico primero insertará un espéculo, que es una herramienta que se usa para ensanchar la vagina para ver mejor el cuello del útero. Una vez que el médico pueda ver claramente el DIU, insertará una pinza de aro para agarrar las cuerdas. Luego tirará suavemente de ellas y el DIU saldrá.

### Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente y los específicos del procedimiento:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.)
- Hemorragias, con la posible necesidad de transfusión
- Perforación del útero (sobre todo en úteros atróficos o con patología maligna)

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el doctor(a). Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **EXTRACCIÓN DE DIU**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal