



## **HISTEROSALPINGOGRAFÍA**

El día del estudio deberás presentarte con 15 minutos de anticipación en la Recepción de Pacientes Ambulatorios ubicado en la Planta Baja del Edificio Tradicional (esq. Marcelo T. de Alvear y Larrea), con la orden médica, la credencial y la autorización por parte de tu Cobertura Médica (en caso de ser requerida).

### **Requerimientos:**

- El estudio se efectúa hasta el día 11 del inicio del ciclo menstrual.
- Se recomienda no mantener relaciones sexuales 48 horas previas al día de la realización del estudio

### **Preparación:**

- Realizar 3 (tres) horas de ayuno.



INSTITUTO ARGENTINO DE  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO S.A.

## HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PARA Histerosalpingografía

Yo, .....D.N.I.....  
He sido informado por el Dr/a.....  
Que se me realizará el procedimiento diagnóstico/ terapéutico.....  
.....  
que me ha solicitado el Dr./a.....

Se me ha explicado y yo entendí, que para la realización de este estudio es necesario la introducción de una sustancia de contraste generalmente yodado a través del orificio del cuello del útero, mientras se realizan varias radiografías de mi pelvis con el fin de comprobar la forma del útero y la permeabilidad de las trompas de Falopio.

Se me informó que es posible que se produzca una ligera molestia o dolor por el paso del contraste en mi abdomen. Y que esto generalmente dura pocos minutos, aunque puede persistir, o aparecer horas después. Que generalmente se calma con analgésicos comunes. También puede haber un pequeño sangrado vaginal en las primeras horas, por lo que deberé usar compresa.

El uso de CONTRASTES YODADOS puede muy raramente tener COMPLICACIONES. Estas complicaciones, si se producen, generalmente son leves (náuseas, vómitos, urticaria, dolor, edemas, bajada de tensión, etc.).

Muy raramente ocurren reacciones graves (arritmia, convulsiones, dificultad respiratoria, insuficiencia renal, reacción anafiláctica, etc.) que pueden incluso, muy raramente ser mortales.

Esto ocurre con mayor frecuencia si en los casos donde el paciente ya ha tenido reacciones a los contrastes yodados, por lo que de ser mi caso debo comunicárselo al médico antes de comenzar la con la realización del estudio.

Otros riesgos de la prueba son la aparición de hemorragias e infecciones. Además, la infección previa del aparato genital (enfermedad inflamatoria pélvica), o las ETS (enfermedades de transmisión sexual) pueden asociarse a una complicación grave: la extensión de la infección a la cavidad peritoneal- peritonitis. Por ello, en el caso de que haya sido diagnosticada de alguna de estas enfermedades recientemente, debo comunicarlo al personal de salud de la institución.

Existen otras alternativas a este procedimiento, aunque se me explicó que ésta es la que brinda más información para el diagnóstico y es la más conveniente. Las alternativas son generalmente la ecografía, la laparoscopia o la histeroscopia.

Se me explicó que para el servicio es importante asegurarse de que no estoy embarazada en este momento, por lo que deberé realizarme previamente una prueba de embarazo.

También es necesario tener seguridad de que no poseo infecciones del aparato genital, hemorragias o menstruación abundante en este momento, o que no se me haya realizado un legrado u otro procedimiento similar en los últimos días. Caso contrario, es mi deber informar estas circunstancias al médico antes de realizar la prueba.

Se me recomendó no mantener relaciones sexuales 48 horas previas al día de la realización del estudio.

<b>CUESTIONARIO</b>	
Antes de la realización de la prueba necesitamos responder las siguientes preguntas con SÍ o NO	
¿Tiene una infección genital?	
¿Está con hemorragia en este momento?	
¿Está embarazada o cree que puede estarlo?	
¿Es alérgica a algún medicamento?	
¿Ha sufrido alguna vez alguna reacción adversa al contraste radiológico?	

También se me explicó y yo comprendí, que las respuestas que yo dé en este cuestionario pueden provocar la postergación o suspensión del procedimiento. He tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas que consideré y me fueron contestadas todas ellas y he comprendido que el estudio de diagnóstico/terapéutico ha sido solicitado por mi médico tratante una vez que evaluó los riesgos/beneficios de su realización. En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento solicitado y autorizo a los médicos del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento a tomar las medidas que crean oportunas con la finalidad de tratar las posibles reacciones adversas que me han sido suficientemente explicadas.

.....  
Firma del paciente

.....  
Firma del familiar

.....  
Firma y sello del médico