

Documento de consentimiento informado

Nombre y apellidos del paciente: _____

Nombre y apellidos del médico que informa: _____

Nombre del procedimiento: Tratamiento conservador del embarazo ectópico con methrotexate

SOLICITUD DE INFORMACIÓN:

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y/o del procedimiento que se me van a realizar: **SÍ** **NO**

Deseo que la información de mi enfermedad y/o del procedimiento le sea proporcionada a:.....

He sido informado/a convenientemente por el facultativo, y según los datos ecográficos, analíticos y clínicos presento un embarazo ectópico a nivel de subsidiario de tratamiento médico con Methrotexate en dosis única, que puede evitar el tratamiento quirúrgico.

He sido informada que éste tratamiento se realiza de forma ambulatoria, siendo los resultados reproductores similares a los del tratamiento quirúrgico conservador. Debiendo acudir a los controles analíticos y clínicos periódicos en los días 4 y 7 tras el tratamiento y posteriormente semanalmente hasta la negativización de la HCG.

El tratamiento con Methrotexate es bien tolerado en la mayoría de los casos, ya que se utilizan dosis bajas de la medicación, aunque en algunos casos puede aparecer alguno de los siguientes efectos secundarios:

- Depresión medular (neutropenia)
- Estomatitis
- Náuseas y vómitos
- Alteraciones intestinales
- Alteración de la función Hepática
- Alopecia
- Neumonitis transitoria
- Nefrotoxicidad
- Fracaso del tratamiento médico: en el 20% de los casos es necesario repetir la administración de nuevas dosis de Methrotexate y hasta en el 5% el tratamiento resulta ineficaz y requiere cirugía posterior.
- Rotura del Embarazo ectópico a pesar de la medicación. En los días siguientes a la administración de a medicación puede producirse la rotura espontánea de la trompa, por lo que debe acudir a urgencias en caso de dolor abdominal súbito.

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando a ampliar la información si usted así lo desea.

SIGUE AL DORSO

Declaración del paciente:

- Entiendo el tratamiento al que voy a ser sometida, conozco los posibles riesgos y DOY MI CONSENTIMIENTO, para la utilización de Methrotexate con carácter compasivo, a pesar de que entre sus indicaciones no figure la señalada anteriormente.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y se que puedo REVOCAR este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

Firmas: **CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL EMBARAZO ECTÓPICO CON METHROTEXATE**

Fecha:

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE:

Nº colegiado:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Representante Legal (si procede):

D.N.I.:

Firma:

En caso de REVOCACION/DENEGACIÓN (*táchese lo que no preceda*) del consentimiento:

Fecha:.....

MÉDICO :

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: