

Formulario de Consentimiento para el Procedimiento Essure®

___ Comprendo que el procedimiento de control de la natalidad permanente Essure ha sido probado clínicamente durante cuatro años y ha demostrado ser 99.8% eficaz para evitar el embarazo durante ese período.

___ Comprendo que el procedimiento Essure incluye colocar un microinserto (pequeña bobina flexible) en cada trompa de Falopio, lo que con el tiempo hace que las trompas se cierren, evitando de ese modo el embarazo.

___ Comprendo que, a fin de comprobar que el microinserto Essure ha funcionado y ha cerrado mis trompas de Falopio y que puedo confiar en el procedimiento Essure como método de control de la natalidad, se debe realizar una Prueba de Confirmación de Essure (histerosalpingografía, o HSG por sus siglas en inglés) tres meses después del procedimiento. Durante esta prueba, se utilizará un fluido especial (tintura) y rayos X para mostrar si mis trompas de Falopio están ocluidas y si los microinsertos están en la ubicación correcta.

___ Comprendo que hasta que la Prueba de Confirmación de Essure (HSG) haya confirmado que mis trompas están cerradas, debo usar otro método anticonceptivo.

___ Comprendo que, en algunas mujeres, la colocación de ambos microinsertos Essure puede no ser exitosa y que en ese caso debo solicitar el asesoramiento de mi médico.

___ Comprendo que en el caso de que quede embarazada, debo solicitar inmediatamente atención médica para que se evalúe el embarazo.

___ Comprendo que el procedimiento Essure se considera permanente y no puede ser revertido.

___ Comprendo que los restantes riesgos relacionados con la colocación del dispositivo Essure incluyen, entre otros y sin limitaciones: sangrado, infección, perforación y dolor similar a los calambres menstruales.

___ Comprendo que Essure no protege contra enfermedades de transmisión sexual y que se deben usar métodos de barrera, tales como condones, para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.

___ He recibido el folleto de información para pacientes.

___ He tenido oportunidad de formular preguntas acerca del procedimiento de control de la natalidad permanente Essure y deseo proceder a la colocación de los dispositivos Essure.

___ No soy alérgica al níquel o los medios de contraste (tintura).

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Conceptus, Inc. le proporciona la información contenida en esta carpeta sólo para fines informativos y educativos. Conceptus, Inc. no expresa afirmación alguna acerca de la idoneidad de la información contenida en esta carpeta para sus fines clínicos particulares. Se le alienta a personalizar los formularios o protocolos de esta carpeta o a sustituirlos con otros que, a su juicio clínico, resulten más adecuados para su consultorio y sus pacientes. Usted es el único responsable de asegurar que usted y su personal hayan sido capacitados de manera apropiada en todos los aspectos relacionados con el suministro del procedimiento Essure a sus pacientes en el entorno del consultorio, que incluyen la administración de anestesia apropiada.