

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DEL PRIMER TRIMESTRE CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Nº Historia: .....

Doña: ..... de..... años de edad  
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en..... y DNI Nº.....

Don/Doña: ..... de..... años de edad  
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en..... y DNI Nº .....

En calidad de..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (nombre y dos apellidos DE LA PACIENTE)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado el modo mediante el que se me va a practicar la interrupción del embarazo que yo he decidido realizar por la siguiente causa:

.....

**1. El propósito de la interrupción voluntaria del embarazo** es extraer del útero un embrión que está vivo y los órganos que lo acompañan. La técnica quirúrgica empleada se denomina legrado evacuador, y puede realizarse con un instrumental médico denominado legra, que es parecido a una cuchara, o mediante un sistema de aspiración que aspira las partes fetales. Suele ser necesario previamente dilatar el cuello uterino, para permitir el paso del instrumental, lo que se puede realizar unas horas antes insertando en el mismo unos tallos que tienen la propiedad de hincharse, o bien con instrumental quirúrgico, durante el propio legrado.

El legrado se realiza por vía vaginal, y requiere anestesia.

**2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas del legrado evacuador, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...). La infección puede excepcionalmente dar lugar a una esterilidad posterior.

- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria). Excepcionalmente puede ser necesario extirpar el útero para resolver la hemorragia.
  - Perforación del útero.
  - Persistencia de restos.
- A corto y largo plazo están descritos problemas psicológicos, sobre todo en pacientes que se han visto presionadas de algún modo por su entorno a realizar la interrupción voluntaria de la gestación.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

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

**4. Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

**5. Anestesia:** El legrado evacuador precisa anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del anestesista.

**6. Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado. También se me ha informado de la **existencia de ayudas sociales** a las que podría acudir como alternativa a la decisión de abortar.

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

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

Y en tales condiciones

**CONSIENTO**

Que se me realice la interrupción de la gestación mediante la técnica descrita

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)