



Consentimiento Informado para
uso de Misoprostol
Versión 3.0

Consentimiento Informado para uso de Misoprostol

Consentimiento Informado para uso de Misoprostol

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado los motivos por los cuales, en mi situación, se utilizará el medicamento
MISOPROSTOL.

Qué es el Misoprostol

Es un medicamento utilizado para el tratamiento de úlceras gástricas, en especial la úlcera gástrica provocada por el uso de antiinflamatorios no esteroideos.

Entre los efectos secundarios a su administración se describe en la embarazada, la estimulación de contracciones uterinas y la maduración del cuello uterino, (ablandarlo para que se dilate con facilidad por efecto de las contracciones uterinas).

Por lo anterior el uso no controlado durante el embarazo puede desencadenar un aborto, parto prematuro o parto de término.

Para que fines se utiliza en ginecología y obstetricia el Misoprostol

En Obstetricia el Misoprostol es utilizado para vaciamiento de abortos de primer trimestre (en Chile solo aquellos casos de abortos retenidos con embrión o feto muerto in útero) abortos incompletos, manejo de la hemorragia post parto, para la inducción del parto por indicación médica precisa y bajo control estricto.

En Ginecología su uso se requiere para ablandar y dilatar el cuello uterino condición requerida en algunos procedimientos ginecológicos (histeroscopías, legrados uterinos, etc.)

Cabe señalar que el uso de Misoprostol en situaciones gineco-obstétricas está recomendado por las guías clínicas emanadas del Ministerio de Salud.

Vías de administración

El Misoprostol puede utilizarse por vía oral, sublingual, vaginal y/o rectal sin mayor diferencia en sus efectos finales.

Efectos adversos y complicaciones asociadas al uso de Misoprostol

Dolor asociado a la contracción uterina

Escalofríos y fiebre transitorios (menos de 24 horas)

Náuseas y vómitos (entre las primeras 2 a 6 horas post administración)

Diarrea como efecto poco frecuente y transitorio

Aumento en la frecuencia de las contracciones uterinas

Rotura uterina

Otras alternativas para el uso de Misoprostol

Existen alternativas al Misoprostol para la inducción de contracciones como la Oxitocina, pero de menor eficiencia y requiere de mayor tiempo para lograr los objetivos.

Este medicamento debido a las restricciones de uso por el Instituto de Salud Pública, debe ser autorizado por la paciente o su representante legal y su uso es estrictamente vigilado durante su hospitalización por el equipo médico tratante.

Declaración de la paciente o su representante legal relacionada con el medicamento Misoprostol

Declaro que he tomado conocimiento y comprendido las explicaciones que me han entregado en lenguaje claro y sencillo respecto a la administración de Misoprostol y sus efectos.

Declaro también que el médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado sobre el particular.

Por lo expuesto, manifiesto mi plena conformidad con la información recibida, que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento con Misoprostol para:

.....

Por lo tanto y en tales condiciones.

Consentimiento

CONSIENTO que se utilice el **MISOPROSTOL** según lo indicado

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).