



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION TIPO
IMPLANTES SUBDERMICOS**

VERSION: 01

COD: GO-FT-007

H.C. No.: _____

Nombre de la Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN O RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

Yo, _____ de _____ Años de edad, con _____ hijos vivos, identificada con _____ de _____, manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté a la ESE Hospital San José de Maicao, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me practique la inserción del implante subdermico:

Beneficios

- Es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más efectivos, que ofrece tanto comodidad como un alto grado de seguridad durante los tres o cinco años respectivamente, (Implanon o Ja Dell).
- El método tiene una alta eficiencia anticonceptiva que es independiente del cumplimiento del usuario, porque no necesita recordarse a diario.
- Se insertan una o dos barras delgadas, según sea el método, flexibles, llenas de levonorgestrel o etonorgestrel, los cuales son liberados gradualmente y solamente a baja dosis, con reversibilidad total.
- Los implantes podrán retirarse en cualquier momento, si así lo desea.
- Al final del tercer o quinto año, cuando los implantes deban retirarse, se puede insertar un nuevo juego para protección continua. Riesgos
- Su eficacia anticonceptiva depende siempre y cuando sea insertado en la fecha adecuada del ciclo menstrual y asegurándome de que no estoy en embarazo inicial en el momento de la inserción.
- No se recomienda el uso en mujeres con sobrepeso, si es utilizado, debe retirarse un año antes de las fechas programadas.
- El anticonceptivo presenta un bajo nivel de efectos secundarios, incluyendo quizás el sangrado irregular, que sin embargo puede ser manejado. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, nerviosismo, mareos, náuseas, dolor mamario, disminución o aumento de peso, hemorragias frecuentes, irregulares o prolongadas, manchado o ausencia de la menstruación.
- La colocación y remoción de los implantes subdermicos, son un procedimiento quirúrgico menor, por tanto, es inevitable que algunos pacientes experimenten molestias, equimosis, hematomas, inflamación o infección.
- Riesgos Propios del paciente:

Alternativas

- Existen otros métodos temporales para poder planificar mi familia como: Pastillas, Inyecciones, dispositivos Intrauterinos, Condones, Óvulos y Métodos Naturales. Observaciones
- Debe mantener el área de inserción seca durante dos días para prevenir una infección. Luego retire el adhesivo y mantenga la zona solamente con banditas adhesiva (curitas) diarias, durante 7 días.
- Las actividades pueden ser reiniciadas inmediatamente, sin embargo, no levante objetos pesados y trate de evitar golpes en el sitio de la inserción durante una semana.
- Consultar inmediatamente si presenta: atraso en el periodo (mayor a 6 semanas), después de varios ciclos regulares, dolor severo en el abdomen inferior, sangrado exagerado o prolongado (más de 8 días o más del doble de lo normal), pus o sangrado en el sitio de inserción, expulsión de una o las dos barras del implante, cefalea repetida muy doloroso o visión borroso.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

VERSION: 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION TIPO
IMPLANTES SUBDERMICOS**

COD: GO-FT-007

- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal de salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
 - Asimismo se me ha informado que en cualquier momento previo a la realización del procedimiento puedo revocar este consentimiento para lo cual deberé firmar el párrafo al final de este texto.
- Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Para constancia se firma esta solicitud. Firma y Cedula del Paciente
 _____ Firma y Cedula del Acompañante
 _____ Firma y Cedula del profesional
 _____ Ciudad y Fecha

METODO SELECCIONADO:

DESISTIMIENTO PARA INSERCIÓN O RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

Yo, _____ de _____ Años de edad, con número de identificación _____ manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, riesgos, y alternativas del procedimiento inserción o retiro del implante subdermico, por parte del personal de la ESE Hospital San José de Maicao, DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento de inserción o retiro de implante subdermico.

Para constancia: Firma y Cedula del Paciente

_____ Firma y Cedula del Acompañante

_____ Firma y Cedula del Profesional

_____ Ciudad y Fecha

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsables que lo presenta y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente
C.C. No. _____

Firma del Responsable