**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE**

**LEVONORGESTREL ( SIU LNG)**

BUENOS AIRES, ……………..(fecha)

Por la presente, yo…………………………elijo el SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL ( SIU) como método anticonceptivo.

Solicito se me coloque un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) y autorizo al personal médico a realizar el procedimiento.

Reconozco haber recibido información completa de todos los métodos anticonceptivos, y entre ellos haber elegido el SIU-LNG.

Declaro haber tenido oportunidad de consultar sobre todas mis dudas como de recibir toda información de parte de la Dra.

Me explicaron los beneficios del método, sus desventajas y las posibles complicaciones.

Reconozco que el SIU-LNG es eficaz, pero tiene una tasa de falla del 1-2 %, es decir que en el 1-2% de los casos no evita el embarazo, que puede ocurrir la perforación uterina o la migración fuera del útero, que puedo no tolerar el SIU-LNG y expulsarlo, puedo tener contracciones dolorosas, hemorragias o infecciones, por las cuales me comprometo a realizar una consulta médica.

Me explicaron que el SIU-LNG no me protege de las infecciones de transmisión sexual y los posibles efectos adversos como acné, quistes ováricos, cambios en el patrón de sangrado menstrual, estado de ánimo, dolor de cabeza, dolor en las mamas.

Me declaro consciente de los beneficios y riesgos que implica la colocación de un SIU-LNG, incluyendo la posibilidad de complicaciones que puedan hacer necesaria una internación y una cirugía.

Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, eximo de responsabilidad a los médicos del consultorio, a la institución, en lo que concierne a complicaciones por el método anticonceptivo que solicito se me coloque.

Firmo este consentimiento informado después de haberlo leído atentamente (o después de que me lo hayan leído) y comprendido con claridad su contenido.

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

DOMICILIO:

TEL: