INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDERMICO DE LEVONORGESTREL

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

|  |
| --- |
| Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombres y Apellidos de la Usuaria) |
| con Documento de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Tipo y Número) |

De \_\_\_\_\_\_años de Edad en forma voluntaria consiento, **DECLARO** Que el Dr(a)…..…………………………..………………..…………………

Me ha explicado claramente todo lo relacionado con los métodos anticonceptivos a los que puedo acceder, incluido el implante Subdérmicolevonorgestrel (Jadelle®).

La inserción del implante subdérmicolevonorgestrel (Jadelle®) consiste en la colocación de 2 implantes debajo de la piel en la cara interna del brazo no dominante, mediante anestesia local.

La eficacia anticonceptiva de los implantes es muy alta (99,95%), y su duración es de 5 años, tiempo durante el cual no será removido.

Las complicaciones que pueden aparecer en la zona de los implantes en el momento de la inserción o extracción de los mismos son:

* Hematoma y/o hemorragia.
* Infección.
* Alergia al anestésico local.Fibrosis.
* Pequeña cicatriz.
* Cicatriz queloide.
* Dificultades en la extracción.

Los efectos secundarios de los implantes pueden ser:

* Irregularidad del sangrado menstrual.
* Cambios en el peso.
* Cambios en estado de ánimo.
* Acné leve.
* Aumento del flujo vaginal.
* Dolor de cabeza

He comprendido las explicaciones que me han facilitado y el médico ha aclarado mis dudas.

En el municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONSIENTO en la inserción de los implantes subcutáneos contraceptivos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA USUARIA FIRMA DEL MÉDICO/ENFERMERA

HUELLA USUARIA