

 Medicina fetal	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMNIOCENTESIS -BIOPSIA CORIAL (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	1 de 2

Yo, de años de edad.....
 (NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

CC N°.....

DECLARO

Que he solicitado del DOCTOR/A.....
 (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO OBSTETRA QUE REALIZA LA PUNCIÓN)

La realización de una AMNIOCENTESIS – BIOPSIA CORIAL para la investigación cromosómica de mi hijo aún no nacido.

1. Se trata de una técnica invasiva que supone la introducción de una aguja a través de las paredes abdominal y uterina de la madre en la cavidad amniótica, **extrayendo líquido amniótico o células de la placenta** de donde se obtienen las células fetales necesarias para efectuar el análisis cromosómico.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Aunque la amniocentesis – biopsia corial transabdominal es una técnica segura, existe riesgo de aborto en aproximadamente el 1% de los casos. Asimismo he sido advertida e informada de otros posibles riesgos, como punción fetal, punción del cordón, rotura de la bolsa de las aguas, infección, parto pretérmino, y hemorragia materna.

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

4. La técnica puede fracasar por no conseguir la extracción del líquido amniótico o por problemas de laboratorio que impiden la emisión de un diagnóstico completo.

5. La exploración sólo nos informará de posibles anomalías cromosómicas, y no de defectos congénitos de otra naturaleza, y que, por tanto, el resultado normal de un estudio genético **no garantiza** que el niño nacerá sin defectos o retraso mental.

6. **Cuidados:** Igualmente me han sido explicados y he comprendido **los cuidados y tratamiento en su caso**, que he de seguir tras la exploración y que me comprometo a observar.

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 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.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una AMNIOCENTESIS GENÉTICA – BIOPSIA CORIAL

En.....
 (LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO.....Fdo: LA PACIENTE.....

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede).....



Medicina
fetal

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
AMNIOCENTESIS -BIOPSIA CORIAL**

(EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION
1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA
HISTORIA CLINICA)

VERSIÓN	01
FECHA	Nov 2013
PÁGINA	2 de 2