	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROCEDIMIENTOS AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b> (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	Julio 2009
		PÁGINA	2 de 5

**DIA:** \_\_\_\_ **MES:** \_\_\_\_\_ **AÑO:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad e identificado(a) con el

documento N- \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

**1)** Otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_, médico especialista, para que por intermedio suyo y con el apoyo del personal designado, me practiquen el procedimiento denominado AMNIOCENTESIS

**2)** He sido informado (a) por el Doctor sobre los riesgos generales de toda amniocentesis como se define a continuación:

La amniocentesis es un procedimiento realizado frecuentemente en medicina fetal. Se ha estimado que se puede presentar complicaciones en 1 de cada 200 procedimientos y las complicaciones conocidas son:

a. Rotura prematura de las membranas: Se considera asociada al procedimiento cuando ocurre en la primera semana posterior a éste, es una complicación que se puede presentar en menos de 1 % de los procedimientos, existen técnicas de manejo para esta complicación y se me darán instrucciones claras para identificar esta complicación y consultar oportunamente.

b. Infección de la cavidad amniótica: Es una complicación poco frecuentemente presentada, estudios serios han encontrado una tasa de infecciones de 1 por cada 1500 amniocentesis y procedimientos relacionados, entiendo que para mi procedimiento se seguirán todas las normas que eviten la infección, como la limpieza de la piel con jabón quirúrgico y el uso de materiales estériles y no reutilizables

c. Desprendimiento de la placenta: Ocurre muy pocas veces que la placenta se desprenda total o parcialmente después de una amniocentesis, es más frecuente cuando la amniocentesis se realiza a través de la placenta, pero su frecuencia es de 1 en 500 procedimientos, puede ser leve hasta severa y se toman todas las medidas para evitar tal complicación, se me ha instruido para consultar si presento sangrado, dolor uterino intenso o aumento en la consistencia del útero.

d. Desprendimiento amniocorial: Consiste en la separación de las dos membranas principales de la gestación, ocurre en 1 por cada 200 procedimientos y en la mayoría de casos es leve y se resuelve sin complicaciones, no existe manejo específico para esta situación, excepto reposo y vigilancia ecográfica


e. Hemorragias intraamnióticas: Puede presentarse hemorragia a partir de un vaso aledaño a la cavidad amniótica, siempre se visualiza este sangrado y es normal que sea autolimitado, incluso si compromete un vaso del cordón umbilical, el médico, de presentarse esta complicación, decidirá si continuar o suspender el procedimiento. En casos graves puede requerirse de la finalización de la gestación si mi feto es viable, es decir con gestación superior a 28 semanas o peso calculado mayor a 800 gramos

f. Lesión o pinchazo a una parte del cuerpo fetal: Es una complicación más frecuente en casos de disminución de líquido amniótico, se evita tratando de hacer punciones en el lugar donde hay más líquido amniótico pero eventualmente esto no es posible. El uso de ultrasonido en tiempo real durante toda la amniocentesis ha disminuido casi a cero esta complicación. Existe la posibilidad de que el feto realice movimientos súbitos y el operador no pueda reaccionar para evitar la punción, pero este es un evento inusual.

g. Si soy una paciente de sangre Rh negativo debo informarlo al médico por cuanto el me prescribirá la inyección de gammaglobulina anti D en las siguientes 72 horas del procedimiento para evitar sensibilización por Rh.

h. En las siguientes 24 horas se pueden presentar contracciones y dolor asociado al procedimiento, el médico me ha explicado claramente que si el dolor es intolerable o no cede al acetaminofén; o si las contracciones son más frecuentes de una cada 15 minutos debo contactarlo y /o consultar a urgencias

i. Se me ha explicado y yo me comprometo a guardar reposo en las 48 horas posteriores a la amniocentesis, por cuanto la actividad física puede incrementar el riesgo de dolor, contracciones e incluso rotura de membranas.

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROCEDIMIENTOS AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b> (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	Julio 2009
		PÁGINA	3 de 5

3) Este procedimiento es bien tolerado por todas las pacientes, no requiere la aplicación de anestésicos tópicos y en más de 90% de los casos solo es necesaria una punción. Se me ha informado que debo permanecer quieta y tranquila durante el procedimiento, por mi seguridad y la de mi bebé.

4) El Doctor me ha explicado que existen riesgos potenciales difíciles de prever y por esta razón no pueden ser advertidos, declaro que consciente y suficientemente informada de ello, asumo dichos riesgos y ratifico mi consentimiento para que el Especialista mencionado anteriormente me practique el procedimiento.

5) Declaro que soy consciente que el procedimiento que he aceptado voluntariamente que me sea practicado, puede requerir de tratamientos complementarios que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o Medicina Prepagada a cual pertenezco y no deberé asumir particularmente esos costos.

6) En algunas muy escasas situaciones en las que se va a realizar cariotipo no crecen células necesarias para tal cultivo pero esta situación es independiente de la persona que realiza el procedimiento, en tales circunstancias será necesario realizar una nueva amniocentesis y excepcionalmente una cordocentesis o extracción de sangre fetal si la edad de la gestación es mayor a 30 semanas

7) Fui advertido por el especialista sobre los cuidados que debo tener antes y después del procedimiento.

8) El Doctor me insistió en que le consultara sobre todas las inquietudes o dudas con respecto al procedimiento y las preguntas que le hice me fueron resueltas satisfactoriamente.

Certifico que el presente documento fue leído y entendido por mí en su integridad.

#### ACEPTACION DE EXAMEN

Yo, \_\_\_\_\_ con CC: \_\_\_\_\_ bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO : \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Como tutor legal o familiar sé que el paciente \_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento escrito. El Doctor me ha explicado de manera satisfactoria que es, como se hace y para que sirve. También me ha explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad N- \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y el personal auxiliar que el precise le realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

FIRMA DEL FAMILIAR \_\_\_\_\_

PARENTEZCO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_