

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMNIOCENTESIS GENÉTICA

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI N°.....

Don/Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI N°.....

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

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

y del DOCTOR/A DON / DÑA
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO GENETISTA)

La realización de una AMNIOCENTESIS 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** de donde se obtienen las células fetales necesarias para efectuar el análisis cromosómico.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Aunque la amniocentesis 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

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)