

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMNIOCENTESIS NO GENÉTICA

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

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

Con domicilio en y DNI Nº.....

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

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de la necesidad/conveniencia de practicar una AMNIOCENTESIS, a fin de estudiar aspectos como la edad gestacional, bienestar fetal, madurez pulmonar fetal, estudio de enfermedades metabólicas, estudio de enfermedades infecciosas, afectación del feto por isoimmunización y/o tratamiento del hidramnios, etc.

En mi caso concreto el objeto de este estudio es.....

1. Se trata de una técnica invasiva que consiste en la introducción de una aguja a través de la pared abdominal materna, del útero y de la bolsa de las aguas y a través de ella **extraer líquido amniótico** para el estudio requerido.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Aunque es una técnica segura, he sido advertida e informada de que existen riesgos como desencadenamiento del parto y/o aborto, punción placentaria, punción fetal, desprendimiento placentario, punción del cordón, rotura de la bolsa de las aguas, infección, hemorragia materna.

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

3. La técnica **puede fracasar** por no conseguir la extracción de líquido amniótico o por problemas de laboratorio que impidan la emisión de un diagnóstico completo.

4. **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

CONSENTO

Que se me realice una AMNIOCENTESIS NO 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)