

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AMNIOCENTESIS GENÉTICA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en la punción con una aguja del abdomen materno, con objeto de alcanzar el útero y extraer una pequeña cantidad del líquido que rodea al feto (líquido amniótico). En ese líquido se encuentran células fetales sobre las que se realiza el estudio cromosómico. Se realiza a partir de la semana 15 de gestación por haberse demostrado un aumento del riesgo de pérdida o daño fetal en amniocentesis más precoces.

La amniocentesis se realiza en unos pocos minutos y la mayoría de mujeres describe la prueba como muy poco dolorosa. Su realización puede fracasar por no lograr la obtención de líquido o por motivos técnicos del laboratorio, que impidan el correcto análisis de las células fetales.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mediante la amniocentesis obtenemos células fetales, cuyo estudio cromosómico ofrecerá un diagnóstico de certeza acerca de posibles alteraciones en el número de cromosomas del feto (aneuploidías, como el síndrome de Down). Además, en ciertos casos muy concretos es posible buscar un defecto genético específico, de transmisión familiar, siempre y cuando sea conocida su localización genética exacta.

Una amniocentesis con resultado normal hace referencia a un correcto número de cromosomas, pero no garantiza el nacimiento de un bebé perfectamente sano.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La biopsia de vellosidades coriales es otra técnica invasiva que persigue también la obtención de células fetales para su estudio cromosómico. Se realiza entre las semanas 10 y 14. La proposición de una u otra técnica de diagnóstico prenatal por parte del especialista depende de las características de la paciente y del nivel de experiencia del centro en cada técnica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Actualmente, sólo las técnicas invasivas que obtienen células fetales para su estudio genético directo pueden descartar con seguridad la presencia de un trastorno en el número de cromosomas del feto.

RIESGOS FRECUENTES

Clásicamente se acepta un riesgo de pérdida fetal de 1 de cada 100 amniocentesis practicadas.

Son riesgos poco frecuentes:

1. La punción fetal o del cordón.
2. La rotura prematura de membranas.
3. El parto pretérmino.
4. La infección uterina.
5. La hemorragia materna.

De la naturaleza de estas complicaciones y la evolución en cada caso particular dependerá la gravedad de las mismas.

En madres con Rh negativo se administra tras la técnica una inyección intramuscular de gammaglobulina anti-D para minimizar el riesgo de isoimmunización (creación de "defensas" contra un componente sanguíneo del feto) de cara a futuras gestaciones.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

En su caso concreto pueden aparecer, además de las complicaciones anteriormente citadas:

.....
.....

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA