

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA BIOPSIA CORIAL ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en la obtención de vellosidades coriales (tejido placentario) entre la **semana 10 y 14 de la gestación con el objeto de realizar un análisis cromosómico del feto, obtener su ADN y realizar estudios bioquímicos del feto en casos necesarios.**

Para el procedimiento introducimos una aguja ó pinza especial para así alcanzar el útero y el corion. Puede realizarse a través del abdomen materno ( vía transabdominal) ó bien a través del cuello uterino ( vía transcervical) . La elección de una u otra vía depende de la posición de la placenta , situación uterina ,características de la paciente y del nivel de experiencia del centro en cada técnica. Puede ser necesaria anestesia local en caso de elegir la vía transabdominal.

Es el procedimiento de elección en el primer trimestre de la gestación para el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas y enfermedades hereditarias del feto .

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

**Conseguir material corial** para efectuar el análisis cromosómico de mi hijo aún no nacido que nos informará de posibles alteraciones cromosómicas ( aneuploidias, como el síndrome de Down), estudios enzimáticos y nos permitirá un estudio de defectos genéticos específicos de transmisión familiar siempre y cuando sea conocida su localización genética exacta.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El análisis cromosómico es posible obtenerlo también a través del estudio de las células fetales descamadas en el Líquido Amniótico de su bebé (Amniocentesis Genética) en una fase más tardía de la gestación (a partir de las 15 semanas). Las características de la paciente y de la gestación pueden hacer más razonable la elección de esta técnica.

Se encuentra en desarrollo, no aplicable todavía, el diagnóstico cromosómico de células sanguíneas fetales circulantes en sangre periférica materna

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La técnica **puede fracasar** por no conseguir material coriónico adecuado o suficiente o por problemas de laboratorio. En algunos casos no es posible emitir un diagnóstico de seguridad y **pueden ser necesarias otras técnicas** para completar el estudio a fin de emitir un diagnóstico (0,5-1%). La exploración sólo nos informará de posibles anomalías cromosómicas, y no de defectos congénitos de otra naturaleza, y por tanto, el resultado normal de un estudio genético **no garantiza** que el niño nacerá sin defectos o retraso mental.

### 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**

La aparición de un dolor difuso en el lugar de la punción y la aparición de un sangrado leve tipo spotting casi siempre de carácter leve y transitorio son los efectos secundarios más frecuentes descritos en la literatura.

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

Se trata de una técnica invasiva que comporta unos riesgos potenciales que pueden afectar a la continuación de la gestación, como el aborto( 2%) , desencadenamiento del parto, rotura de la bolsa de las aguas, hematomas retro e intracoriales , sangrado vaginal , punción del cordón, infección ó formación de bridas amnióticas.

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

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

Es importante que la gestante advierta sobre posibles patologías de la gestación como son alteraciones de la coagulación, enfermedades infecciosas, grupo sanguíneo, diabetes mellitas, anemia, ó bien utilización de fármacos que alteren la coagulación ( ASS , Heparina, etc.), etc.

**CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones absolutas para la realización de la técnica. Son contraindicaciones relativas la amenaza de aborto y la presencia de una infección sistémica en la madre. Habrán de valorarse muy cuidadosamente los casos en los que la madre esté infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el de las hepatitis B y C. Aunque muy pequeño, en todas estas situaciones existe un riesgo de transmisión de la enfermedad al feto, que los padres deben conocer y asumir.....

<b>PACIENTE</b>			
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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª</b>			
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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>