

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CORDOCENTESIS 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

Es una técnica invasiva que consiste en la punción con una aguja del abdomen materno con el objeto de alcanzar un vaso del cordón umbilical, la vena umbilical bajo control ecográfico para **obtener sangre fetal y para la realización de terapias fetales (Transfusión fetal)** a partir de las 17 semanas de gestación pudiendo ser necesaria la utilización de anestesia local.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La Cordocentesis puede utilizarse para obtener información del cariotipo del feto (estudio de los cromosomas del feto), diagnóstico de infecciones fetales (como la toxoplasmosis), realizar estudios citogenéticos, bioquímicos e inmunológicos , así como para efectuar algunos tratamientos fetales como las transfusiones fetales en caso de anemia fetal grave.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El estudio del Líquido amniótico del feto mediante Amniocentesis con hibridación es una alternativa al procedimiento.. La investigación microbiológica de las algunas infecciones fetales en el Líquido amniótico de forma indirecta es posible realizarlas, pero la ausencia de diagnóstico no permite asegurar la ausencia de infección fetal.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta técnica **puede fracasar** al no obtener sangre del cordón por diversos motivos o por problemas de laboratorio, que impidan la emisión de un diagnóstico completo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

El consejo reproductivo que se dé a la gestante será incierto a falta de poder realizar un diagnóstico de la causa que motivó la indicación del procedimiento. La realización de terapias fetales destinadas a corregir la anemia fetal sólo son posibles mediante ésta técnica invasiva.

RIESGOS FRECUENTES

Los riesgos más frecuentes derivados del procedimiento invasivo son el sangrado del cordón umbilical en la zona de punción con el riesgo de anemia fetal grave que puede obligar a la transfusión sanguínea fetal y el Hematoma en la zona de punción del cordón umbilical.

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

Los riesgos asociados al procedimiento están relacionados con la edad de la gestación fundamentalmente , a menor edad gestacional mayor riesgo de que se produzcan complicaciones.

He sido advertida e informada de que existen **riesgos** potenciales maternos como la hemorragia y de pérdidas fetales (2%), o pérdida de líquido amniótico por rotura de la bolsa (0,5-1%), parto prematuro e infección.

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

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.

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.

PACIENTE			
D/D ^a			
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/D ^a			
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/D^a			
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