

<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 ECOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL 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

La ecografía es un técnica diagnóstica de imagen que nos permite la visualización del feto, la placenta, el líquido amniótico y cordón umbilical.

La ecografía, aunque orienta sobre la condición fetal, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal según la edad de la gestación y las características del estudio que vamos a realizar.

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

La Ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales con una precisión de la técnica que depende de la edad gestacional, siendo una técnica con alta sensibilidad alrededor de las 20 semanas de gestación.

La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, con un rango establecido entre el 18% y el 85%.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La ecografía en Obstetricia es la Técnica de elección de imagen para el control y evolución del estado fetal no existiendo hoy en día otra técnica asumible por su seguridad frente a la gestación.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Algunas anomalías fetales tienen una poca o nula expresión en la ecografía por lo que no es posible su visualización.

La ecografía sólo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos cromosómicos, etc...). Por tanto, el resultado normal de mi estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteraciones o retraso mental.

En algunos casos la detección de posible anomalías morfológicas físicas será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc...) dado que tales patologías se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

Así pues, se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la técnica ecográfica.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la exploración ecografía indicada por mi especialista supone asumir la no detección de anomalías morfológicas fetales así como la patología derivada de la alteración de la placenta, líquido amniótico y cordón umbilical.

**RIESGOS FRECUENTES**
**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**

Las condiciones físicas de la gestante como la obesidad, o la mala transmisión a través de la piel pueden disminuir la sensibilidad para detectar alteraciones morfológicas fetales .

Circunstancias relacionadas con la gestación como la disminución en la cantidad de líquido amniótico presente (oligohidramnios) y la posición fetal también pueden dificultar la exploración ecográfica.

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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>