



CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFIA DIAGNOSTICO PRENATAL

Dña. deaños de edad, con domicilio en.....D.N.I.....
D.de.....años de edad, con domicilio enD.N.I.....en calidad de (representante legal, familiar o allegado).....de.....(nombre de la paciente).

DECLARO:

Que la Dra. C. BELEN DE LA TORRIENTE BENITO me ha informado de la conveniencia de efectuar un estudio ecográfico periódico de mi gestación, de acuerdo con el PROTOCOLO establecido en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA cuya frecuencia y tipo de exámenes dependerá de las condiciones específicas de mi embarazo.

Se trata de una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según la época de la gestación) que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, liquido amniótico, etc.).

La ecografía sólo puede informar de la existencia de posible 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 alteraciones o retraso mental.

Si bien la ecografía permite detectar anomalía morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la época de la gestación (es mayor alrededor de la semana 20), de tipo de anomalías (algunas tienen muy poca o nula expresión ecográfica), de las condiciones de la gestante (la obesidad materna limita la visualización fetal) y algunas características de la propia gestación (la escasez de liquido amniótico) o la posición fetal pueden ser también factores adversos que pueden dificultar la exploración. La sensibilidad media del diagnostico ecográfico es del 56%, entre 85% y 18%.

En algunos casos (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc.) la detección puede ser tardía dado que tales patologías pueden originarse y/o manifestarse en una etapa avanzada de la gestación. Por ello, aunque la fiabilidad de la exploración ecográfica de diagnostico prenatal realizada alrededor de la semana 20 es muy alta, se hace constar que nunca puede asumirse que sea del 100%.

La ecografía aunque orienta sobre la posición fetal, no tiene por si sola valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado así como de las alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular las preguntas que he creído convenientes me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia doy mi consentimiento para su realización. Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llega a suceder

Firma de la paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor...)

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de

autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma:

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma de la paciente

Firma testigo

Firma del medico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor...)

Nombre:

D.N.I.:

En calidad de

deniego la realización del procedimiento mencionado.