

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRIDIMENSIONAL

DÑA.....  
de ..... años de edad, con domicilio en C/ .....  
de la localidad ..... C.P. ....  
y DNI ....., mail (mayúsculas) .....

### DECLARO

Que la Dra. Belén de la Torriente Benito, me ha informado de la posibilidad de efectuar ecografía obstétrica tridimensional.

Que se me ha explicado, he comprendido y he aceptado que:

1.- La ecografía es una técnica de diagnóstico por la imagen que puede ser practicada por vía vaginal o abdominal (según la época de la gestación y condiciones) y que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.)

2.- Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la época de gestación en que se realice (es más fiable alrededor de la semana 20), del tipo de anomalía (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante que pueden dificultar la exploración (obesidad, poca cantidad de líquido amniótico, mala transmisora de ultrasonidos u otras) y de la propia posición del feto.

3.- La tasa de detección depende del tipo de anomalía, está entre el 18% y el 85% con una media de 56%, incluso en los casos en los que la ecografía es realizada en condiciones óptimas.

4.- La ecografía solo puede informar de la **existencia de posibles anomalías físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza** (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.) por tanto una ecografía con resultado normal no garantiza que el feto nazca sin alteraciones o retraso mental.

5.- En algunos casos la detección de una anomalía será forzosamente tardía (infecciones fetales, alguna anomalía digestiva, obstrucciones urinarias o intestinales, trastornos del desarrollo del esqueleto, etc.) dado que tales patologías se originan o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

6.- La ecografía aunque orienta sobre la evolución del feto no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

7.- El objetivo y finalidad de la ecografía obstétrica tridimensional será fundamentalmente, la **visualización estética** de la imagen corporal con especial atención a la facies fetal. Así pues, se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la prueba de ecografía obstétrica tridimensional.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibido y que comprendo el alcance de la prueba ecográfica obstétrica tridimensional.

Y en tales condiciones

**CONSIENTO:**

En que se me realice una ecografía obstétrica tridimensional.

En ..... a ..... de ..... de 20....

Fdo.: la Doctora

Fdo.: la paciente

**REVOCACIÓN**

DÑA.....  
de ..... años de edad, con domicilio en C/ .....  
de la localidad ..... C.P. ....  
y DNI ....., mail (mayúsculas) .....  
Expreso mi deseo de ROVOCAR EL CONSENTIMIENTO OTORGADO en fecha  
..... no estando interesada en seguir con la realización de la ecografía obstétrica  
tridimensional que doy con esta fecha por finalizada.

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: la Doctora

Fdo.: la paciente