

CONSENTIMIENTO INFORMADO AMNIOCENTESIS

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ **RUT:** _____

Representante legal (si corresponde): _____ **RUT:** _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende extraer líquido amniótico para el estudio requerido. Se me ha informado que es necesario/conveniente practicarme una amniocentesis a fin de estudiar aspectos como:

- Edad gestacional
- Bienestar fetal
- Madurez pulmonar fetal
- Enfermedades metabólicas
- Enfermedades infecciosas
- Isoinmunización
- Tratar hidroamnios

Características

La amniocentesis es una técnica diagnóstica invasiva, que consiste en la introducción de una aguja a través de la pared abdominal, del útero y de la bolsa de aguas y a través de ella, extraer líquido amniótico para el estudio requerido.

Riesgos

La técnica puede fracasar al no conseguirse una muestra de líquido amniótico o porque no se logra determinar por los exámenes de laboratorio, de un diagnóstico final preciso. También se me ha comunicado que a pesar de la adecuada indicación de la amniocentesis y de su correcta realización, pueden presentarse algunos efectos no deseados, entre los que cabe mencionar:

- Desencadenamiento del parto
- Desprendimiento placentario

CONSENTIMIENTO INFORMADO AMNIOCENTESIS

- Punción del cordón
- Rotura de la bolsa de aguas
- Infección

De cualquier forma, si llegara a ocurrir una complicación, se cuenta con todos los medios técnicos para solucionarla.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **AMNIOCENTESIS**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal