

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROCEDIMIENTO DE AMNIOCENTESIS**

**IMAGENOLOGIA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para ser sometido a este procedimiento, habiendo recibido la información científica básica en relación a ella por parte de médico tratante. Firmarlo no le obliga a usted a realizárselo, ya que puede revocar su autorización si más adelante cambia de opinión. Antes de firmar, es importante que lea atentamente la información siguiente, que aclare cualquier duda o requiera información complementaria con su médico tratante.

**ASPECTOS A CONSIDERAR Y AUTORIZAR**

Se me han explicado que la amniocentesis se realiza con el objetivo de realizar evaluación de la maduración y/o estudio del líquido amniótico del feto, para lo cual se debe obtener una muestra de éste líquido, el que posteriormente será procesado en el Laboratorio.

Se me ha informado que se trata de un procedimiento ambulatorio que no requiere indicaciones médicas previas, que se realiza en una sala de procedimientos, utilizando generalmente anestesia local para mayor comodidad.

Especialmente se me ha explicado que este procedimiento invasivo se realiza bajo visión directa ecográfica, introduciendo previa anestesia local, una fina aguja a través de la pared abdominal y útero materno, hasta llegar a la cavidad amniótica. Se aspiran alrededor de 5 - 10 ml de líquido amniótico que luego se envía al laboratorio

Asimismo, otorgo expresamente mi consentimiento para que en el caso que se presenten nuevos hallazgos o complicaciones durante la realización del procedimiento autorizado, se me efectúen las intervenciones o procedimientos complementarios que permitan resolver dichos eventos.

**COMPLICACIONES PERSONALIZADAS**

**COMPLICACIONES POTENCIALES**

Si usted es RH (-) puede ocurrir sensibilización en su organismo debido al procedimiento. Por este motivo, debe informar para indicar una dosis preventiva de Inmunoglobulina Rho (D)

* Aborto.
* Punción accidental del feto
* Punción accidental del cordón
* Rotura de membranas
* Infección.
* Parto prematuro
* Hemorragia materna

b

**COMPLICACIONES ESPECÍFICAS**

**DIAGNOSTICO**

**DECLARO: que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y consultas que le he planteado. También comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, ateniéndome a las consecuencias que de ésta decisión resulte.**

RUT del paciente

Identificación Paciente (Nombre y dos apellidos)

….……………………………………

FIRMA

RUT del representante legal

Identificación representante legal (Nombre y dos apellidos)

…………………………………….

**FIRMA**

**FECHA FIRMA CONSENTIMIENTO**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Identificación Medico

RUT

..…………………………………….

FIRMA

**RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO**

**Yo,** ……………………………………………………………………………..**no autorizo** la realización de esta intervención y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, lo que también me fue explicado.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ ..…………………………………….

FIRMA

Identificación Medico

RUT

..…………………………………….

FIRMA