

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CORIAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE.

Consiste en la obtención de una pequeña muestra de la placenta (corion). Se puede realizar por vía vaginal, mediante una pinza de calibre fino que se introduce por el cuello del útero, o por vía abdominal a través de una aguja. En algunos casos puede ponerse una pequeña cantidad de anestesia local en el abdomen antes de introducir la aguja para minimizar las molestias.

La técnica se puede realizar en el primer trimestre del embarazo, a partir de las 10 semanas de gestación y hasta la semana 14.

La finalidad del procedimiento es realizar estudios genéticos, moleculares y bioquímicos para detectar posibles anomalías en los cromosomas del feto. El resultado normal de un estudio genético no garantiza que el niño nazca sin defectos o retraso mental.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematomas en la placenta.
- Punción en placenta, en cordón umbilical o en el feto.
- Hemorragia materna.
- De forma excepcional, provocar aborto.
- Formación de hebras o cintas amnióticas que pueden enredarse alrededor del feto y provocarle alteraciones en su crecimiento.
- Infección del líquido amniótico (muy poco frecuente).
- Rotura de la bolsa de las aguas (muy poco frecuente).
- La técnica puede fracasar por no conseguir material coriónico adecuado o suficiente, o por problemas de laboratorio.
- En algunos casos no es posible emitir un diagnóstico de seguridad y pueden ser necesarias otras pruebas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este procedimiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Amniocentesis.

AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA CORIAL"

Yo, D./D^a, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Obstetricia y
Ginecología*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: