

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMNIODRENAJE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en aspirar el líquido amniótico (líquido que rodea al bebé en el útero durante el embarazo). Cuando hay un exceso de líquido, este puede provocar el parto prematuro del bebé y/u ocasionar problemas de salud en la madre, como falta de aire o incapacidad para respirar, inflamación de las extremidades inferiores y la pared abdominal, molestia en el útero o contracciones uterinas.

La aspiración se realiza mediante una punción a través de la pared abdominal, del útero de la madre y la bolsa del feto con una aguja guiada por ecografía. Esta se conecta a un sistema de aspiración continuo para evacuar el líquido amniótico hasta conseguir el volumen adecuado.

La finalidad de la técnica es lograr un volumen de líquido amniótico normal para evitar un parto prematuro y mejorar el bienestar de la madre.

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:

- Dolor o hematoma en la zona de punción.
- Punción en placenta, en cordón umbilical o en el feto.
- Infección del líquido de dentro del útero (líquido amniótico).
- Rotura de la bolsa.
- Nacimiento prematuro.
- Desprendimiento placenta.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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 "AMNIODRENAGE"

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parent/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:

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: