

Documento de Consentimiento Informado para Ecografía de Diagnóstico Prenatal



Doña (nombre y dos apellidos), de..... años de edad y DNI.....

Don..... (nombre y dos apellidos), de..... años de edad y DNI..... con domicilio en.....

En calidad de: Representante legal, Familiar o Allegado.

DECLARO

Que el Doctor/a..... me ha informado de la conveniencia de efectuar un estudio ecográfico periódico de mi gestación, de acuerdo con el PROTOCOLO establecido en el HOSPITAL o CENTRO..... cuya frecuencia y tipo de exámenes dependerá de las condiciones específicas de mi embarazo. Se me ha explicado, he comprendido y he aceptado que:

Se trata de una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según la edad gestacional y condiciones), que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, cordón umbilical)

La ecografía solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos cromosómicos, etc....). Por tanto, el resultado normal de mi estudio ecográficos no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteraciones o retraso mental.

Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la edad gestacional (más fiable alrededor de las 20 semanas), el tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante (obesidad, oligohidramnios), que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, con un rango establecido entre el 18% y el 85%.

En algunos casos la detección será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc...) dado que tales patologías se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

La ecografía, aunque orienta sobre la condición fetal, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Documento de Consentimiento Informado para Ecografía de Diagnóstico Prenatal



Así pues, se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la técnica ecográfica.

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 de la información recibida y que comprendo el alcance del examen ecográfico a que me someto.

Y en tales condiciones consiento que se me realice este control ecográfico de mi gestación.

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

Fdo.: Profesional Médico

Fdo.: La paciente:

REVOCACIÓN

Doña..... de.....años de edad.
DNI.....
Domicilio.....

Don..... de.....años de edad.
DNI.....
Domicilio.....
(Representante legal, Familiar, Allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....
y no deseo proseguir las exploraciones ecográficas que doy con esta fecha finalizada.

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

Fdo.: Profesional Médico

Fdo.: La paciente: