

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CORIAL

Nº Historia: .....

Doña: .....de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en .....y DNI Nº.....

Don/Doña: ..... de .....años de edad  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en ..... y DNI Nº.....

En calidad de ..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

### DECLARO

Que he solicitado del DOCTOR/A DON / DÑA .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO OBSTETRA QUE REALIZA LA PUNCIÓN)

y del DOCTOR/A DON / DÑA .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO GENETISTA)

la realización de una BIOPSIA CORIAL para la investigación cromosómica de mi hijo aún no nacido.

1. Se trata de una técnica invasiva que puede realizarse por vía transabdominal ( a través del abdomen materno ) o por vía transcervical ( a través del cuello del útero ) que supone la introducción de una aguja o pinza específica o ambas para **conseguir material corial** para efectuar el análisis cromosómico. Puede ser necesaria anestesia local en caso de elegir la vía transabdominal.

En mi caso se utilizará la vía.....

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Se trata de una técnica que comporta unos riesgos potenciales que pueden afectar a la continuación de la gestación, como el aborto, en aproximadamente el 2% de los casos, desencadenamiento del parto, rotura de la bolsa de las aguas, hematomas retro e intracoríales , sangrado vaginal (40-50% casos), punción del cordón, infección, formación de bridas amnióticas, mareos.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. La técnica **puede fracasar** por no conseguir material coriónico adecuado o suficiente o por problemas de laboratorio.

5. En algunos casos no es posible emitir un diagnóstico de seguridad y **pueden ser necesarias otras técnicas** para completar el estudio a fin de emitir un diagnóstico (0,5-1%).

6. La exploración sólo nos informará de posibles anomalías cromosómicas, y no de defectos congénitos de otra naturaleza, y que, por tanto, el resultado normal de un estudio genético **no garantiza** que el niño nacerá sin defectos o retraso mental.

7. **Cuidados:** Igualmente me han sido explicados y he comprendido **los cuidados y tratamiento en su caso**, que he de seguir tras la exploración y que me comprometo a observar.

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas 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** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

## CONSIENTO

Que se me realice una BIOPSIA CORIAL

En .....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

## REVOCACIÓN

DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)  
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....  
DON/DÑA: ..... DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)  
CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....  
EN CALIDAD DE.....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)  
DE DÑA.....  
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)