

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FUNICULOCENTESIS

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

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

Con domicilio eny DNI Nº.....

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

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de la necesidad/ conveniencia de practicar procedimiento de FUNICULOCENTESIS (cordocentesis).

Esta prueba puede utilizarse para obtener información del cariotipo del feto, realizar estudios citogenéticos, bioquímicos, inmunológicos y microbiológicos, así como para efectuar algunos tratamientos fetales.

En mi caso concreto la indicación es.....

1. Se trata de una técnica invasiva que consiste en punción transabdominal de un vaso del cordón umbilical para **obtener sangre fetal**, pudiendo ser necesaria la utilización de anestesia local.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** He sido advertida e informada de que existen **riesgos** potenciales maternos como hemorragia, o pérdida de líquido amniótico por rotura de la bolsa (0,5-1%), e infección, y fetales, como aborto (2%), parto prematuro, hemorragia.

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

3. Esta técnica **puede fracasar** al no obtener sangre del cordón por diversos motivos o por problemas de laboratorio, que impidan la emisión de un diagnóstico completo.

4. **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 FUNICULOCENTESIS.

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)