hm hospitales

Documento de consentimiento informado para ecografía de diagnóstico prenatal

Doña .é .é é é é é é é . (nombre y apellidos de la paciente) de é é é años de edad, con domicilio en é .é , y D.N.I. nº é é é é é é é é é é .é é

Don/Doña é ..... é ..... é é é (nombre y dos apellidos) de é é é años de edad, con domicilio en é é é é é é é é é é é é é é é , y D.N.I. nº é é é é é é é .é é é en calidad de é é é é é é é é é é .. (representante legal, familiar o allegado) de é é é é é é é é é é é é é ..... é é é é é é é .é é .. (nombre y dos apellidos de la paciente).

DECLARO:

Que el doctor/a é ..... (nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha informado de la conveniencia de efectuar un estudio ecográfico periódico de mi gestación, cuya frecuencia y tipo de exámenes depende de las condiciones específicas de mi embarazo

Se me ha explicado, he comprendido y he aceptado que:

1. Se trata de una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según época de la gestación y condiciones) que permite la visualización de feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.é).

2. La ecografía sólo 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 ecográfico no garantiza que el niño no nacerá sin alteraciones ni retraso mental.

3. Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la gestación (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, oligoamnios, etc.é) que pueden dificultar la exploración de la propia posición fetal. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, entre 85% y 18%.

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

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

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

He comprendido las explicaciones que se 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 con la información recibida y que comprendo el alcance del examen ecográfico.

Y en tales condiciones,

AUTORIZO

A que se me realice el control ecográfico de mi gestación,

En é é é é é é é é é é é é ., a é é é é é . de é é é é é é é é é é . de 20é é é

Firma del paciente

Firma del médico responsable
Nº de Colegiado:

NO AUTORIZO/REVOCO

Doña é (nombre y apellidos de la paciente) de é é é años de edad, con domicilio en é é é é é é é é é é é é é é é é é é , y D.N.I. nº é é é é é é é .é é é é

Don/Doña é ..... (nombre y dos apellidos) de é é é años de edad, con domicilio en é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ...é .. , y D.N.I. nº é é é é é é é .é é é en calidad de é é é é é é é é é é é é (representante legal, familiar o allegado) de é é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é .. (nombre y dos apellidos de la paciente).

No autorizo/revoco *(táchese lo que no proceda*) en fecha é é é é é é é é é é é é é é la realización del procedimiento, y no deseo proseguir las exploraciones ecográficas, que doy con esta fecha finalizadas.

Firma del paciente

Firma del médico responsable
Nº de Colegiado: