

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT..... EDAD: .....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: AMNIOCENTESIS GENÉTICA:

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en extraer líquido que se encuentra al interior del útero, donde está alojado el feto (cavidad amniótica) para hacer un estudio genético. Sirve para obtener las células fetales necesarias para analizar los cromosomas del feto y saber si tienen algún tipo de anomalía. Cuando la edad de la madre es avanzada, tiene ya un hijo/a con un problema cromosómico, o han aparecido resultados anormales en los análisis realizados o en la ecografía.

##### CÓMO SE REALIZA

“Se realiza en forma ambulatoria, salvo que exista alguna condición que usted presente y que requiera que se encuentre hospitalizada y no precisa de anestesia. Se realiza introduciendo una aguja fina a través del abdomen para llegar al útero y sacar un poco de líquido amniótico. De este líquido es de donde se obtienen las células del feto para analizar sus cromosomas.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Solo sentirá mínimas molestias y posteriormente podrá realizar una actividad física normal, evitando solo los esfuerzos.

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Conocer si su hijo/a tiene alguna de la alteración en sus cromosomas. Esta exploración no informa de enfermedades congénitas de otra naturaleza. Por ello, un resultado normal de éste no garantiza que el niño/a nazca sin un defecto o alguna enfermedad que no es buscada en este examen.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Una alternativa es decidir no hacerse la prueba.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Que no se haya podido conseguir extraer líquido amniótico y no sea posible obtener un diagnóstico completo.
- Que tenga sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico por vagina. Suelen ceder con reposo en unos días.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Si bien son infrecuentes pueden ocurrir:

- Infección del líquido de dentro del útero (líquido amniótico).
- Que se forme una brida amniótica.
- Existe riesgo de aborto.

### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que considere importante.

### OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
  - Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
  - Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.
-

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

     SI      NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

     SI      NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) .....,  
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....