

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

DOÑA(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LAPACIENTE)
DE AÑOS DE EDAD. CON DOMICILIO EN
y DNI
DON(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)
DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO
EN
y DNI nº EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O ALLEGADO) DE(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE).

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACION) me ha informado de la posibilidad de efectuar una PRUEBA DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE de mi gestación.

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

1. Existen algunas alteraciones congénitas debidas a defectos cromosómicos, en las que falta o sobra de forma parcial o total alguno de los cromosomas de sus células. Que una de las más frecuentes es el síndrome de Down, en el que existe un cromosoma en exceso (el número 21, por lo que se denomina también trisomía 21), que causa retraso mental y malformaciones en grado variable. Que el síndrome de Down se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años, pero que, sin embargo, dos de cada tres nacidos con síndrome de Down lo nacen de madres menores de 35 años por la mayor frecuencia de embarazos en estas edades.
2. La prueba de cribado se realiza a partir del segundo y tercer mes del embarazo (10-14 semanas), y es una prueba no diagnóstica, cuyo resultado nos orientará a pensar si existe o no una cromosomopatía, es decir, una alteración en los cromosomas de mi hijo que pueda tener graves consecuencias en su desarrollo físico y/o mental. El objetivo final es conocer la integridad cromosómica de mi hijo y, de no ser así, permitirme acogerme a la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
3. Estas pruebas no suponen riesgos significativos y consisten en una extracción de sangre materna y una ecografía. Los resultados de este análisis de sangre y/o de esta ecografía no son definitivos, sino puramente orientativos. Se ofrecen en forma de cifras, que representan un índice de riesgo, un número, que puede ser mayor o menor al riesgo que, de forma natural se tiene por la edad materna, de tener un niño con una anomalía cromosómica. Se considera que es positiva la prueba cuando el riesgo estimado en dicho análisis sea igual o superior a una cifra predeterminada (generalmente 1 en 270).
4. Debe entenderse que el 5% de las pruebas con resultado "positivo" se dan en fetos cromosómicamente normales. Por ello este resultado no significa necesariamente que el feto esté afectado sino simplemente la probabilidad de que sea así. También la prueba puede resultar falsamente negativa en 1 de cada 4 casos de síndrome de Down.

5. En caso de que la prueba sea "positiva" se me ofrecerá la posibilidad de confirmar el diagnóstico mediante una segunda prueba; ésta sí invasiva y con cierto riesgo para el embarazo. Esta prueba es la amniocentesis. Esta prueba se realiza de forma voluntaria y siempre podré rehusarla. La decisión de realizar o no esta confirmación diagnóstica seguirá siendo mía. Hay aproximadamente un 1% de posibilidades de que el embarazo se interrumpa como consecuencia de la prueba definitiva (amniocentesis) y de otros riesgos asociados como son la inmunización Rh en caso de madres Rh negativas, la rotura o la infección de la bolsa amniótica, etc.

Así pues se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la prueba de cribado de cromosomopatías en el primer trimestre.

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 con la información recibida y que comprendo el alcance de la prueba de cribado de cromosomopatías en el primer trimestre.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

En que se me realice la prueba de cribado de cromosomopatías en el primer trimestre.

En (LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL MEDICO

Fdo. LA PACIENTE.

REVOCACION

DOÑA(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD. CON DOMICILIO EN y DNI nº.....

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

Revoco el consentimiento prestado en fecha

y no deseo proseguir la prueba de cribado de cromosomopatías en el primer trimestre , que doy con esta fecha finalizadas.

En (LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL MEDICO

Fdo. LA PACIENTE