**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ECOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL**

|  |
| --- |
| Estimado paciente/familiar/tutor, ponemos en su conocimiento los riesgos de la prueba/intervención a la que va ser sometido y solicitar su Consentimiento informado para la realización de la misma, siendo su aceptación voluntaria y pudiendo retirar su consentimiento en el momento que considere oportuno (artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; artículo 6 de la Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias). |

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

Se trata de una técnica que se practica vía vaginal y abdominal, y permite visualizar el feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, cordón umbilical).

**OBJETIVO Y BENEFICIOS ESPERABLES.**

Permite descartar anomalías morfológicas fetales. Sólo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc). Por tanto el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteración o retraso mental.

La precisión de la técnica depende de la edad gestacional (más fiable alrededor de la 20 y 22 semanas), el tipo de anomalía (algunas tienen poca o ninguna expresión ecográfica), de las condiciones de las gestantes (obesidad, oligohidramnios), que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, con un rango establecido entre el 18% y el 85%.

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

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

Además, se realizará de acuerdo con el protocolo establecido en este centro, estudio de medición de la longitud cervical por vía vaginal (descarta riesgo de parto prematuro) y estudio del Doppler de las arterias uterinas (descarta riesgo de preclampsia).

**ALTERNATIVAS:**

No existen alternativas al estudio ecográfico en la semana 20-22. Se trata de una ecografía recomendada y complementaria al resto de los estudios existentes y disponibles.

**RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

El estudio ecográfico hace uso de los ultrasonidos y no contiene ningún riesgo tanto para madre como para el feto.

**OBSERVACIONES:**  
.Esta exploración es muy importante. El facultativo necesita silencio y la máxima concentración.

.No está permitida la grabación del estudio.

.Se limita la entrada a un acompañante por paciente. Si vienen acompañados de menores que no pueden estar solos, deberá quedarse fuera un adulto. En caso de que el único adulto sea la paciente, se permitirá excepcionalmente que el menor pase a la consulta.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**D/Dña**………………………………………………………………………………………………………………...................con

DNI/NIE……………………… como paciente (o representante)

Manifiesto que he sido informada/o, oral y por escrito por el Dr/a…………………………………………………

del procedimiento, alternativas, contraindicaciones y riesgos de la prueba/intervención propuesta. Igualmente se me ha informado de las consecuencias de la negativa.

DECLARO que todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas según se dispone en el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Por tanto CONSIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

**Al Dr.**

**D/Dª**  D/Dª

Firma del paciente o representante Firma médica

En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….

|  |
| --- |
| REVOCACIÓN  D/Dña……………………………………………………………………………………………………………………………  REVOCO la decisión anteriormente tomada.  En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….  D/Dª D/Dª  Firma del paciente Firma médica |