

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ULTRASONIDO DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

1.- INFORMACIÓN GENERAL

Natalis Unidad De Diagnóstico Fetal S.C, le informa que a usted se le va a realizar alguno de estos ultrasonidos:

- + Ultrasonido obstétrico básico.
- + Ultrasonido vitalidad fetal (semana 5 a 10 de embarazo)
- + Ultrasonido translucencia nuchal (semana 11 a 14 de embarazo)
- + Ultrasonido estructural (semana 20 a 26 de embarazo)
- + Ultrasonido de bienestar fetal (semana 28 en adelante de embarazo)

Debe saber que el ultrasonido en el embarazo es una técnica o herramienta diagnóstica de imagen que nos permite la visualización del feto, placenta, líquido amniótico y cordón umbilical.

A continuación se le exponen la descripción, objetivos, beneficios, alternativas y limitantes de los mismos:

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

— Dependiendo del ultrasonido a realizar tiene su objetivo específico. La finalidad en general es: detección de la posición fetal, detección número de fetos, detección de la vitalidad, vigilancia de la placenta y líquido amniótico, estimación de las semanas de gestación, vigilancia del crecimiento fetal, detección de riesgo de Síndrome de Down, detección de riesgo de preeclampsia, detección de riesgo de malformaciones físicas y detección de posibilidad de pérdida del bienestar fetal.

— El ultrasonido sólo puede informar de la existencia de algunas enfermedades o defectos congénitos, pero hay otras que no es posible diagnosticar. Por tanto el resultado normal de su estudio de ultrasonido no garantiza que el niño no nacerá sin alteraciones morfológicas, enfermedades de la función de los diferentes órganos o retraso mental.

— Si bien el ultrasonido permite detectar diferentes tipos de enfermedades fetales y del embarazo la precisión de la técnica depende de la época de la gestación, el tipo de anomalía (algunas tienen poca o nula expresividad ultrasonográfica), de las condiciones de la gestante (obesidad, cantidad de líquido amniótico, etc.) que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal.

— El ultrasonido no permite la detección de defectos o enfermedades metabólicas, bioquímicas, algunas genéticas y funcionales del feto.

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

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

— El ultrasonido nunca ha demostrado que pueda ocasionar ninguna alteración en los tejidos maternos y fetales.

— El ultrasonido en obstetricia es la técnica de elección de imagen para el control y evolución del estado fetal no existe hoy en día otra técnica.

— La no realización de la revisión por ultrasonido indicada por su médico supone asumir la no detección de algunas anomalías fetales así como las enfermedades derivadas de la placenta, líquido amniótico y cordón umbilical.

2.- DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Paciente

Declaro que he comprendido adecuadamente la información que continen este documento y que se me ha explicado, que firmo el consentimiento para la realización del ultrasonido que se describe en el mismo y que se me han resuelto todas mis dudas de forma clara y precisa.

La Sra. (nombre completo paciente)

_____ de _____ años de edad,
con domicilio _____
_____.

Lugar y Fecha: _____

Firma: _____

MÉDICO RESPONSABLE

Declaro haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del ultrasonido que se le va a realizar, explicándole la descripción, objetivos, beneficios, alternativas y limitantes del mismo.

El Dr(a). (nombre completo) _____
de _____ años de edad, con domicilio _____
_____.

Lugar y fecha Fecha: _____ Firma: _____

3.- REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Este formato se realizó de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico que es la NOM 004 SSA3-2012 y el del embarazo parto y puerperio NOM 007-SSA2-2016