



INFORMACION PARA REALIZAR AMNIOCENTESIS

A: IDENTIFICACIÓN:

Nombre y firma del médico que solicita:

Fecha:

B: INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO:

He sido informada que por encontrarme embarazada y con patología de Alto Riesgo Materno Fetal, se hace necesario realizar un procedimiento llamado **Amniocentesis**.

¿En que consiste este examen? consiste en realizar una punción del abdomen con una aguja, para extraer Líquido Amniótico, bajo visión ecográfica

¿Que se hará con el Líquido Amniótico extraído? Será enviado al Laboratorio lo que permitirá realizar estudio de madurez fetal, estudio Genético o determinar la presencia de infecciones.

¿ Se utilizará anestesia para realizar el procedimiento?, no

¿ Cuales son los beneficios de realizar el examen ? Los resultados permitirán guiar al equipo Médico en futuras decisiones sobre mi condición de Alto Riesgo Materno Fetal.

¿Cuáles so los riesgos de la realización del examen: son:

- Pequeño malestar y/o sangrado en el sitio de la punción.
- Rotura Prematura de Membranas y parto prematuro
- Punción de la piel fetal
- Punción del cordón umbilical
- Interrupción del embarazo
- Riesgo de muerte fetal: 1%

C: AUTORIZACION PARA AMNIOCENTESIS

Fui informado de la naturaleza del examen, sus objetivos, riesgos y beneficios.

He entendido la información que he recibido sobre el examen.

He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas.

AUTORIZO al equipo de salud para realizar el procedimiento.

FIRMA: Paciente:

Nombre Representante Legal (en incapacidad del Paciente)

RUT:.....Parentesco (padre, madre, tutor, esposo, otro) **FIRMA**

Además autorizo que la información relacionada a mi atención sea otorgada al Sr./a

.....**FIRMA** Paciente

No deseo saber de los riesgos a que me expongo en esta atención Médica. Doy mi autorizacion.

FIRMA del Paciente..... **FIRMA** del Representante Legal