



INFORMACION PARA REALIZAR CORDOCENTESIS

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 **Cordocentesis**.

¿En que consiste este examen ? consiste en realizar una punción del abdomen y cordón umbilical fetal con una aguja, para extraer muestra de sangre fetal, bajo visión ecográfica.

¿ Qué se hará con la muestra de sangre extraída?. Será enviado al Laboratorio lo que permitirá realizar estudio según su diagnóstico.

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

¿ Se usará anestesia en este procedimiento? No.

Riesgos de la realización del examen: Los riesgos propios de esta intervención, aunque de baja ocurrencia, son:

- Pequeño malestar y/o sangrado en el sitio de la punción.
- Rotura Prematura de Membranas, infección y parto prematuro
- Punción de la piel fetal
- Hematoma del cordón umbilical
- Bradicardia fetal
- Interrupción del embarazo
- Sensibilización Rh en las madres Rh negativo.
- En madres HIV+ , diseminación al feto.
-

C: AUTORIZACION PARA CORDOCENTESIS:

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