

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA ESTUDIO CITOGENÉTICO PRENATAL

Dña.....deedad
con D.N.I.....y domicilio en.....
calle....., tfno.....
Sociedad.....
prescrita por el Dr(a).....Centro.....
extracción realizada por el Dr (a).....Centro.....
en lasemanas de gestación, por motivo de.....

SOLICITA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO PRENATAL EN:

LÍQUIDO AMNIÓTICO BIOPSIA CORIAL SANGRE FETAL OTROS.....

DE LOS SIGUIENTES ANÁLISIS:

AFP EN L.A. **FISH PRENATAL:** SI NO **CARIOTIPO** SI NO

LA GESTANTE AUTORIZA Y CONSIENTE la realización de las pruebas oportunas habiendo recibido la información sobre las mismas y aceptando los siguientes puntos:

- 1.- Que las pruebas se efectúan mediante cultivo de células de líquido amniótico cuyo crecimiento exige una rigurosa esterilidad que puede fallar, tanto por contaminación de la muestra inicial, como por el utillaje del laboratorio.
- 2.- Que dicho cultivo, así como cualquier otro método de análisis celular o bioquímico, puede fracasar o puede no proporcionar una información satisfactoria.
- 3.- Que existe una pequeña probabilidad de interpretar erróneamente los cariotipos debido a: un crecimiento celular deficiente, dificultad en conseguir un bandeado adecuado o a consecuencia de una contaminación de células de procedencia materna.
- 4.- Que la comprobación de un cariotipo normal y de pruebas de Biología Molecular normales, no garantiza el diagnóstico correcto o completo del estado fetal, tanto referido a retraso mental o a otras alteraciones genéticas.
- 5.- Que el informe de resultados se dará con la debida urgencia y que, por su confidencialidad, será entregado únicamente a la solicitante y al facultativo remitente.

Fecha.....

Firma gestante.....