



## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA INTERRUPCIÓ SELECTIVA PER ANOMALIA FETAL A LA GESTACIÓ MÚLTIPLE

CIP:.....

Història núm. : .....

Sra.: .....de ..... anys d'edat  
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a ..... i DNI núm. ....

### DECLARO

Que he sol·licitat del DOCTOR/A .....,  
(NOM I DOS COGNOMS DEL FACULTATIU OBSTETRA QUE INFORMA) la realització d'una INTERRUPCIÓ SELECTIVA:

1. Se m'ha informat que aquesta intervenció ha estat aprovada pel Comitè de Defectes Congènits del ....., de conformitat amb l'art. 14-17 de la Llei Orgànica 2/2010 417 bis del Codi Penal Espanyol. Llei 14/2006 de reducció embrionària a la reproducció assistida.

2. Que es tracta d'una tècnica invasiva, que consisteix en .....

3. La realització de la tècnica, encara que practicada en condicions correctes, pot fracassar, i/o seguir-se d'algunes complicacions materno-fetals: entre elles un 15% d'avortament en funció de les setmanes de gestació i un 5% de prematuritat inferior a les 32 setmanes de gestació (10% en el cas que la reducció es realitzi posteriorment a les 17 setmanes).

4. Riscos greus i poc freqüents: corioamnionitis complicada, sèpsia materna i molt excepcionalment mort materna.

5. Altres complicacions possibles .....

6. Per la meua situació actual, el metge m'ha explicat que poden augmentar o aparèixer riscos o complicacions com .....

7. Que les limitacions actuals dels procediments de diagnòstic prenatal, no poden garantir, en tots els casos un diagnòstic correcte i complet de l'estat dels embrions.

8. Igualment m'han explicat i he comprès les recomanacions que he de seguir després del procediment (repòs, abstenir-me de relacions sexuals, etc.)

9. Les mostres biològiques i les imatges que s'obtinguin durant el procés d'atenció en aquest cas particular poden ser conservades i utilitzades, preservant l'anonimat, en activitats de docència i en activitats d'investigació autoritzades pel "Comitè Ètic d'Investigació Clínica" d'aquest Centre.....

Així doncs RECONEC I ACCEPTO tots els riscos i limitacions inherents al tractament mencionat, i allibero de qualsevol responsabilitat als facultatius que hi intervenen.

He entès les explicacions, que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

També entenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara signo.

Per això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que entenc l'abast i els riscos del tractament.

En tals condicions

**Document de consentiment elaborat per la Secció d'Ecografia i Medicina Fetal de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia**



## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA INTERRUPCIÓ SELECTIVA PER ANOMALIA FETAL A LA GESTACIÓ MÚLTIPLE

### CONSENTEIXO

Que se'm realitzi una INTERRUPCIÓ SELECTIVA

A .....  
(LLOC I DATA)  
Firmat: EL/LA METGE Firmat: LA PACIENT

Firmat: EL/LA REPRESENTANT LEGAL (si procedeix)

Sr./Sra.: .....de ..... anys d'edat  
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a ..... i DNI núm. ....

En qualitat de ..... de la Sra.: .....  
(REPRESENTANT LEGAL, FAMILIAR O AFÍ) (NOM I DOS COGNOMS DE LA PACIENT)

### REVOCACIÓ

Sr./Sra.: .....de ..... anys d'edat  
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a ..... i DNI núm. ....

REVOCO el consentiment donat en data ..... i no desitjo prosseguir l'estudi proposat, que dono en aquesta data per finalitzat.

A .....  
(LLOC I DATA)  
Firmat: EL/LA METGE Firmat: LA PACIENT

Firmat: EL/LA REPRESENTANT LEGAL (si procedeix)

Sr./Sra.: .....de ..... anys d'edat  
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a ..... i DNI núm. ....

En qualitat de ..... de la Sra.: .....  
(REPRESENTANT LEGAL, FAMILIAR O AFÍ) (NOM I DOS COGNOMS DE LA PACIENT)