



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Esta técnica consiste en la punción selectiva de uno o varios sacos gestacionales, con el objetivo de reducir el número de sacos y así incrementar las posibilidades de que la gestación llegue a término y en consecuencia, favorecer la viabilidad fetal.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza de forma ambulatoria, mediante la introducción de una aguja por vía vaginal o abdominal guiada por ecografía, a través de la cual se inyecta cloruro de potasio directamente dentro de los sacos gestacionales.

El número de embriones suele ser reducido a dos, aunque en circunstancias especiales puede ser reducido a uno, y es recomendable realizarla entre la 7ª y 12ª semana de gestación.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
 - a) **Aborto:** La tasa de abortos es superior a la que corresponde a la población general. En este caso oscila entre un 5% y un 20%.
 - b) **Infección ovular:** En el 1,35% de los casos aproximadamente.
 - c) **Parto pretérmino:** En el 75% de los embarazos con embriorreducción.
 - d) **Consecuencias psicológicas:** pueden aparecer trastornos psicológicos, que pueden requerir de apoyo psicoemocional
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Aumentar las posibilidades de éxito en la gestación y de viabilidad fetal.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Reducción de las posibilidades de éxito en la gestación y de viabilidad fetal en su caso particular.
6. **Alternativas:** Volver a iniciar el tratamiento, aplicar modificaciones a la técnica utilizada, desistir de los tratamientos de reproducción asistida.
7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada la situación clínica de la paciente, y sus circunstancias personales, son.....



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
REDUCCIÓN EMBRIONARIA**

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO: NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma:

Firma: