
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRETIX</b>	
		
<b>Version: 6</b>	<b>REALIZADO POR: Dirección Científica</b>	<b>CÓDIGO: CAS-FOR-10</b>
<b>Fecha: 10-07-2018</b>		

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes de los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16). Por tanto, con el presente documento escrito se busca informar a usted acerca del procedimiento o prueba a realizar, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

**Objetivo:** El Estudio Genético de los restos ovulares pretende determinar la causa cromosómica de la pérdida gestacional.

**Utilidad clínica:** Mediante la determinación del número de cromosomas es posible identificar la causa de la pérdida en el 70% de los casos.

**Limitaciones:** Estos exámenes solo evalúan patología cromosómica y aun así en algunos casos no se detectan algunas alteraciones estructurales muy pequeñas como son ciertas microdeleciones, duplicaciones o inversiones entre otras. No es posible identificar mutaciones puntuales en el ADN. En el 1% de los casos no es posible obtener un resultado confiable por mala calidad del ADN obtenido. Generalmente esto se debe a factores biológicos de la muestra, almacenamiento y tiempo transcurrido entre la obtención y proceso.

**Obtención de muestras:** las muestras se pueden obtener mediante biopsia corial, amniocentesis, biopsia de piel fetal, legrado, hierscopia, expulsión embrionaria en casa.

He (hemos) comprendido las explicaciones del caso anteriormente descritas en un lenguaje claro y sencillo. Estoy (estamos) satisfechos con la información recibida y comprendo el alcance del análisis que me van a realizar. Autorizo a GENETIX para que realice el estudio genético PRETIX en el MATERIAL DE ABORTO o RESTOS OVULARES y a utilizar mi muestra y los datos de mi prueba de manera confidencial y sin ánimo de lucro con fines investigativos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico tratante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_