
	CONSENTIMIENTO INFORMADO LITTLE (DETERMINACIÓN DEL SEXO FETAL EN PLASMA MATERNO) 	
Version: 3	REALIZADO POR: Dirección Científica	CÓDIGO: CAS-FOR-07
Fecha: 10-07-2018		

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.

El ADN fetal circula libremente en sangre materna dado que éste atraviesa la placenta ya sea en forma de ácidos nucleídos o células fetales ya sea por las características de la placenta que permiten el contacto físico entre tejidos materno y fetal o por muerte de las células placentarias.

Este intercambio de células entre el feto y la madre permite realizar diagnóstico prenatal de manera no invasiva, logrando determinar entre muchas cosas el sexo fetal en edades gestacionales tempranas.

Usted, mediante la firma de este consentimiento informado, esta autorizando al Centro de Investigación en Genética Humana y Reproductiva Genetix a tomar una muestra de sangre materna y realizar su procesamiento para determinar el sexo fetal.

Debe entender y comprender que esta prueba tiene un 98% de sensibilidad bajo las técnicas de este laboratorio.

El porcentaje de error puede ser causado por:

1. Baja concentración de ADN fetal en sangre materna según la semana gestacional.
2. Embarazos previos con fetos masculinos que falseen los resultados del presente estudio ya que en ocasiones el ADN fetal puede permanecer en el suero materno durante meses o años.
3. Microdeleciones en el gen SRY del cromosoma Y
4. Secuencias homologas localizadas en el cromosoma X.

En ocasiones puede ser necesario repetir la toma de la muestra para realizar un seguimiento de la concentración del ADN cuando esta es muy baja para confirmar los resultados. Esto se realizara sin ningún costo adicional para usted.

Asimismo, autoriza el almacenamiento de la muestra de ADN extraída para ser empleada en futuros estudios poblacionales de manera confidencial.

En caso de autorizar el estudio, sírvase llenar el siguiente formulario de manera clara y por completo.

Edad gestacional por ecografía:
Fecha y hora de toma de la muestra:

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____