Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Authorization for Genetic Amniocentesis

Patient's Name: _____

I hereby authorize Dr._____ to perform the following special procedure**:**

Genetic Amniocentesis:

A Genetic Amniocentesis includes a withdrawal of 5-30 cc. of amniotic fluid through a needle passed into the uterus through the abdominal wall to perform prenatal analysis of the fetal chromosomes and/or biochemical tests relating to conditions to the unborn fetus.

I understand that residents, medical students, physician assistants and/or advanced practice registered nurses may also be in attendance, and/or assisting in the performance, and/or performing significant medical/surgical tasks within the above specified special procedure. In addition, I understand that there may be unforeseen circumstances that are encountered while performing the above listed or special procedure that require the assistance of other qualified medical personnel who have not been identified.

I have had explained to me in connection with the proposed procedure: (i) the nature and purpose of the proposed procedure; (ii) the foreseeable risks and consequences of the proposed procedure, including the risk that the proposed procedure may not achieve the desired objective; (iii), the alternatives to the proposed procedure and the associated risks and benefits to such alternatives; and (iv) the reasonably foreseeable risks and alternatives to the transfusion of blood and blood products should I need a blood transfusion.

Specifically, in obtaining my informed consent to the special procedure, I have been informed of the following reasonably foreseeable risks:

1. The procedure of amniocentesis involves a small risk to both mother and fetus and I realize that complications I could encounter include Infection, bleeding, and/or miscarriage. After the procedure, there may be transient abdominal cramping, soreness at the needle site, or vaginal spotting.
2. There is a small possibility that growing the fetal cells in culture may not be successful.
3. The chromosome study and/or biochemical analysis may not be successful.
4. Results showing normal chromosomes or normal biochemical test(s) on the fetus do not eliminate the possibility that the child may have birth defects and/or mental retardation because of other disorders.
5. If local anesthesia is used, there may be slight discomfort or pressure during the procedure.

_____Patient initial

I am aware that, in addition to the reasonably foreseeable risks described, there are other foreseeable risks, which have been discussed with me, but are not listed. I affirm that I understand the purpose and potential benefits of the proposed special procedure, that no guarantee has been made to me as to the results that may be obtained, and that an offer has been made to me to answer any of my questions about the proposed procedure.

This consent may be revocable by me at any time, except to the extent it has already been relied upon.

_____M. D.

Signed: _____
(Patient or legally authorized representative)

Date:_____ Time:_____

Date: _____Time:_____

Interpreter responsible for explaining procedures and special treatment:

_____ (Interpreter)

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Autorización para Amniocentesis Genética

Nombre del Paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar el siguiente procedimiento especial:

Amniocentesis Genética:

Una amniocentesis genética incluye la extracción de 5-30 cc. de líquido amniótico mediante una aguja insertada en el útero a través de la pared abdominal para realizar el análisis prenatal de los cromosomas del feto y/o pruebas bioquímicas relacionadas con condiciones del feto que no nacido.

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en la cirugía y/o el procedimiento especial especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace el procedimiento especial indicado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con el procedimiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito del procedimiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles del procedimiento propuesto, incluyendo el riesgo de que el procedimiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas al procedimiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y (iv) los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para el procedimiento especial, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

1. El procedimiento de amniocentesis incluye un pequeño riesgo tanto para la madre como para el feto y entiendo que las complicaciones que podría encontrar incluyen infección, sangrado y/o aborto espontáneo. Después del procedimiento, puede haber calambres abdominales transitorios, molestias donde se colocó la aguja o manchado vaginal.
2. Existe una pequeña posibilidad de que el cultivo de células fetales no tenga éxito.
3. El estudio cromosómico y/o el análisis bioquímico pueden no tener éxito.
4. Los resultados que muestren cromosomas normales o prueba(s) bioquímica(s) normal(es) en el feto no eliminan la posibilidad de que el niño pueda tener defectos de nacimiento y/o retraso mental debido a otros trastornos.
5. Si se usa anestesia local, puede sentir una leve incomodidad o presión durante el procedimiento.

_____ Iniciales del paciente

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre el procedimiento propuesto.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ M. D. Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)