

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE _____ EDAD _____

TIPO DE DOCUMENTO*: (Señale con una X) CC TI RC CE OTRO CUAL: _____

NUMERO DE DOCUMENTO: _____ SEDE: _____

FECHA: AÑO - MES - DIA HORA: _____.

*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil CE: Cedula de extranjería

SEÑOR(A) USUARIO (A)

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **clara** y **suficiente** acerca del estudio y/o procedimiento a realizar, el cual permitirá al personal de salud hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y solicite explicación al personal que le brindara la atención en caso de inquietudes.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

El análisis de cariotipo que se realizará consiste en el cuidadoso examen del número y estructura de los cromosomas presentes en el tejido que se va a analizar. La exploración solo nos informará de anomalías cromosómicas al nivel de la resolución de bandas obtenida.

BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS

BENEFICIOS: La realización de la prueba es apoyo diagnostico para que se analicen las células de una muestra de tejido, sangre, médula ósea o líquido amniótico para identificar cambios en los cromosomas, incluso cromosomas rotos, faltantes, sobrantes o reordenamientos de cromosomas.

ALTERNATIVAS: Es su médico tratante quien determinará cuál es el estudio de elección de acuerdo con su condición de salud.

RIESGOS E IMPLICACIONES**RIESGOS:**

- Teniendo en cuenta las limitaciones del método, no se excluyen cambios más pequeños (microabrasiones), ni mosaicos pequeños o restringidos a otros tejidos que el analizado.
- Este examen no diagnostica otras enfermedades genéticas (ejemplo. basadas en mutaciones puntuales del ADN), multifactoriales o epigenéticas. Por lo tanto, en los casos de diagnóstico prenatal, el resultado normal de esta prueba no garantiza que el niño nacerá sano.
- En aproximadamente 1-2% de los casos la muestra obtenida puede sufrir contaminación y esto dificultaría o impediría el análisis de esta, siendo necesario, solicitar nueva muestra para repetir el análisis, ya que el 1-5% de los casos no se obtiene crecimiento celular óptimo y por tal motivo no es posible analizar la muestra obtenida, teniendo que repetir el procedimiento. Esto varía de acuerdo con el tipo de muestra y factores biológicos de cada paciente. En casos de diagnóstico prenatal, en edades gestacionales extremas aumenta este riesgo. Se recomienda las biopsias de corion o de placenta a partir de las semanas gestacionales 11 o 19, y las punciones de líquido amniótico o de sangre fetal a partir de las semanas gestacionales 14 o 20, respectivamente.
- En diagnóstico prenatal, aproximadamente 1% de los casos, la muestra obtenida está contaminada con células de origen materno, lo que dará origen a un falso resultado, esto especialmente es frecuente cuando la muestra es sanguinolenta.
- En algunos casos los hallazgos del estudio citogenético deberán ser confirmados con otros métodos o por repetición del procedimiento.
- En caso de estudios leucémicos, la falta de crecimiento celular puede tener un significado propio y debe ser interpretado en base de la enfermedad sospechada o del tratamiento recibido. Igualmente, un resultado normal nunca excluye una enfermedad hematológica. Exámenes adicionales o la repetición del procedimiento pueden ser recomendables.

IMPLICACIONES:

El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar un diagnóstico, resultado y

tratamiento, previniendo la enfermedad y rehabilitando al paciente, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos.

En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico.

AUTORIZACION DE PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

Yo _____ en calidad de paciente o persona responsable identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, los cuales por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

Acepto la realización del examen SI NO

Doy mi autorización para que mi muestra o los resultados de mi estudio sean usados para futuros proyectos de Investigación realizadas, bajo estricto uso anónimo de mi información personal, con el fin de contribuir al conocimiento científico en salud del Centro Médico Oftalmológico Y Laboratorio clínico Andrade Narváez S.A.S. **SI NO**

Firma Paciente o Persona responsable (parentesco)

Documento de identificación

Nombre y apellido del responsable de la atención

Documento o registro Profesional

DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo)

Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

_____.

Firma Paciente/Representante/Acudiente

Documento de identificación

Pegar los Sticker de ingreso.