

PRUEBA DE DETERMINACION DEL SEXO FETAL- CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DIRECCIÓN:	
POBLACION:	C.P:
PROVINCIA:	
DNI:	
Tlfnó.:	
SEMANA GESTACIONAL:	
LABORATORIO O CLINICA DE PROCEDENCIA:	

2. FUNDAMENTOS DE LA PRUEBA:

Actualmente se sabe que, durante el embarazo y aumentando con las semanas, cerca del 3,4 al 6,2% del ADN total libre en el plasma materno tiene origen fetal. Se ha detectado ADN fetal en plasma materno a partir de la 5ª semana de gestación y es indetectable 2 horas después del parto. Estos descubrimientos han abierto nuevas posibilidades en el campo del diagnóstico prenatal no invasivo (sin ningún tipo de riesgo para la madre ni para el feto), siendo la determinación del sexo fetal la primera aplicación práctica de estos conocimientos.

Teniendo en cuenta que el ADN fetal libre es eliminado de la circulación materna alguna horas después del parto, es posible asegurar que estamos estudiando ADN de la gestación en curso y no de una gestación anterior. Mediante la técnica conocida como RT-PCR identificamos un fragmento de ADN de cromosoma Y que, por tanto, solo se detectará si el feto es de sexo masculino. Si el fragmento no es detectado, el sexo del feto será probablemente femenino. La fiabilidad de la prueba es de más de un 98% a partir de la semana 8 de gestación y va aumentando con la edad gestacional. El objetivo por tanto de esta prueba es determinar el sexo fetal a partir de sangre materna en etapas tempranas del embarazo en las que no es posible hacerlo mediante técnicas ecográficas.

El abajo firmante, mayor de edad, **DECLARA HABER SIDO INFORMADO DE:**

1- Haber leído y entendido los Fundamentos de la Prueba de Determinación del Sexo Fetal explicados más arriba.

2- Que es donante de la muestra.

3- Que ha sido informado de que los resultados del análisis serán entregados de modo directo y confidencial a la persona solicitante.

4- Que ha sido informado de que todos los datos están sometidos al secreto profesional y legal.

5- En ningún caso esta muestra será empleada para realizar otro tipo de análisis sin mi consentimiento expreso y escrito.

Y para que así conste, firmo el presente en: [_____]

Fecha: [_____]

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos formarán parte de un fichero titularidad de LORGEN GP, SL cuya finalidad es la gestión de la solicitud y/o servicios profesionales para los cuales usted nos ha facilitado sus datos. Al facilitarnos sus datos de carácter personal, usted otorga su consentimiento EXPRESO E INEQUIVOCO para que LORGEN GP, SL recoja y trate los referidos datos conforme a lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos. También se le informa de la obligatoriedad en la respuesta a las cuestiones planteadas en este documento para poder prestarle el servicio acordado. Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante la remisión de una comunicación por escrito a LORGEN GP, SL a la dirección: Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud. Av. de la Innovación, 1. (18100 Armilla, Granada), debiendo incluir su nombre completo, fotocopia de DNI y un domicilio a efectos de notificaciones.

FIRMA PACIENTE Y SELLO LABORATORIO:

