

RECOMENDACIONES

ECOGRAFÍA SEMANA 20, DOPPLER

Lee estas recomendaciones atentamente antes de la cita para la ecografía de la semana 20.

Rogamos que también rellenes con tus datos el Consentimiento Informado adjunto. Una vez cumplimentado y firmado deberás entregarlo en la **consulta de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal** el día de realización de la ecografía de la semana 20.

**Centro Médico Quirónsalud
Manuel Siurot. Consulta 6**
📍 Avda. Manuel Siurot,
esquina Luca de Tena. Sevilla
☎️ Cita ISM: 955 095 096

**Hospital Quirónsalud
Infanta Luisa. Consulta 9**
📍 C/ San Jacinto 87. Sevilla
☎️ Cita ISM: 955 095 096

- **Evita aplicarte crema anti estrías, hidratante o aceite corporal en el abdomen**, al menos durante los 3 días anteriores al día de la cita. Así se evitarán interferencias en la transmisión de los ultrasonidos, obteniendo mejores imágenes.
- **Come de forma habitual el día de la cita:** En el caso de que hayan transcurrido más de 2 horas desde la última comida, se aconseja tomar algún aperitivo azucarado media hora antes de la consulta.
- **2 acompañantes máximo:** Por las especiales características de las ecografías y en tu propio beneficio, se permite la presencia de un máximo de 2 acompañantes en la consulta.
- **Rogamos acudas sin niños a la consulta**, ya que su actividad puede distraer al especialista que realiza la exploración ecográfica. Es difícil que los menores comprendan el significado de este tipo de ecografía, y así se evitarán situaciones conflictivas en el caso de tener que informar del hallazgo de alguna alteración.
- **Rogamos desconectar los móviles** o habilitar la función de silencio en su defecto.
- **No está permitido la grabación de imágenes de la ecografía en la consulta.** Nuestro equipo te facilitará un informe escrito e imágenes de la exploración al finalizar la consulta.
- **Estas ecografías no son 3D/4D**, no obstante, se puede usar esta tecnología como herramienta de ayuda para completar un diagnóstico.

RECUERDA

Traer la Cartilla de Embarazada y toda la documentación referente al embarazo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DOMICILIO EN y DNI Nº

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DOMICILIO EN y DNI Nº

EN CALIDAD DE DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

me ha informado de la posibilidad de efectuar un estudio ecográfico periódico de mi gestación, de acuerdo con el PROTOCOLO establecido en el HOSPITAL o CENTRO,
cuya frecuencia y tipo de exámenes dependerá de las condiciones específicas de mi embarazo.

Se me ha explicado, he comprendido y he aceptado que:

1. La ecografía es una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según la edad gestacional y condiciones), que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, cordón umbilical).
2. La ecografía solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos cromosómicos, etc.). Por tanto, el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteraciones o retraso mental.
3. Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la edad gestacional (más fiable alrededor de las 20 semanas), de la posición fetal, del tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante (obesidad, oligohidramnios, entre otras) que pueden dificultar la exploración. La tasa de detección de la ecografía fetal depende del tipo de anomalía, con una media del 56% y un rango de entre el 18% y el 90% incluso en los casos en que la ecografía es realizada en condiciones óptimas.
4. En algunos casos la detección será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc.) dado que tales patologías se pueden originar y/o manifestar en una etapa avanzada de la gestación.
5. Aunque la ecografía puede orientar sobre la condición fetal, por sí sola no tiene un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Así pues, confirmo que se me ha informado sobre los resultados y las limitaciones inherentes a la técnica ecográfica.

He comprendido y aceptado las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha de la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del examen ecográfico a que me someto.

Y en tales condiciones, **CONSIENTO** que se me realice este control ecográfico de mi gestación.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL/LA MÉDICO

Fdo. LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DOMICILIO EN y DNI Nº

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DOMICILIO EN y DNI Nº

EN CALIDAD DE DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir las exploraciones ecográficas que doy con esta fecha finalizada.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL/LA MÉDICO

Fdo. LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

SOLICITUD DE CITA

ECOGRAFÍA SEMANA 20, DOPPLER

Solicita la cita para la ecografía Doppler de la semana 20 en nuestra **Unidad de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal**, en alguno de los siguientes centros y especialistas:

**CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD
MANUEL SIUROT**

- CONSULTA 6 -

Dra. Ana Castro Artero
Dra. Cristina Martínez Pancorbo
Dr. Manuel Perea Brenes
Dra. Rosa Fernández Macías
Dra. Teodora Alb Lucano

**HOSPITAL QUIRÓNSALUD
INFANTA LUISA**

- CONSULTA 9 -

Dra. Ana Castro Artero
Dr. Manuel Vargas Broquetas

Fecha recomendada* (a cumplimentar por el especialista):

Entre el y el*

* Si no hubiese cita disponible con el cuadro médico indicado en la fecha prescrita, rogamos contactar con **ISM, Instituto Sevillano de la Mujer** en el **955 095 096**. Allí tomarán tus datos y te informarán telefónicamente de la cita que nuestra **Unidad de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal** de puede ofrecerte.

El día de la cita es:

Fdo.: