CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE PARTO

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

|  |
| --- |
| Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nombres y Apellidos de la Usuaria) |
| con Documento de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Tipo y Número) |

De \_\_\_\_\_\_años de Edad en forma voluntaria consiento, DECLARO Que el Dr./Dra:.........................................................................................................., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una Atención de Parto.

Declaro que se me ha explicado que la atención del parto consiste en asistir mediante una serie de procedimientos, la expulsión del feto a través de la vagina. Estos procedimientos, habitualmente utilizados, incluyen la rotura de la bolsa amniótica, incisión para ampliar canal de parto (episiotomía, perineotomía), administración endovenosa de ocitócicos, analgésicos.

Se me ha informado que el parto de término se define como aquel que se produce entre las 38 y 40 semanas. **Parto prematuro** es aquel que se produce antes de las 37 semanas y **parto postermino** es aquel que se verifica después de las 42 semanas. El parto incluye la aparición de contracciones uterinas, rítmicas, progresivamente más frecuente e intensas, la dilatación del cuello uterino y el descenso y expulsión del feto por vía vaginal. Le sigue la expulsión de la placenta, cordón y membranas ovulares.

Existe riesgo de complicaciones médicas o quirúrgicas durante o posterior a la atención del parto que pueden comprometer el estado de salud.

Se me ha comunicado que las complicaciones propias de esta intervención son:

* Perdida del bienestar fetal intrauterino
* Prolapso del cordón umbilical
* Alteración de las contracciones uterinas.
* Mala posición del feto o dificultades en su extracción.
* Hemorragias por atonía uterina, desgarros del canal del parto.
* Lesiones de vejiga, uretra o ano rectales.
* Infecciones(endometritis)
* Riesgo de muerte materna(1 a 3 casoscada10.000partos)

La aparición de algunas de estas complicaciones obliga a acortar o interrumpir el trabajo de parto, realizando intervenciones obstétricas como aplicación de fórceps o cesárea, con la finalidad de salvaguardar la salud de la madre y el feto. En caso de hemorragias, puede ser necesario efectuar transfusiones sanguíneas. Por lo que se deben remitir al segundo nivel de complejidad más cercano o donde la EPS asigne.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, alternativas de tratamiento, riesgos de someterme o no a cirugía, procedimientos a ser utilizados, riesgos que éstos acarrean, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Finalmente, entiendo que se harán todos los esfuerzos para el éxito de atención de mi parto, sin complicaciones, pero no me pueden dar una garantía absoluta, la que no existe en ningún acto quirúrgico o anestésico.

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

Asimismo se me ha informado que en cualquier momento previo a la realización del procedimiento puedo revocar este consentimiento para lo cual deberé solicitar el documento correspondiente.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

CONSIENTO que se me realice una Atención de Parto.

Nombre de la Paciente…............................................................................................

Firma Paciente:............................................................

Fecha:.......................................................

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento:

Nombre familiar o representante:............................................................................C.C……………………………..

Grado de parentesco:....................................................

Firma familiar o representante:……………………......................................................

Nombre y firma médico o profesional responsable:............................................................................................................