

## **ANEXOS**

### **Acta de consentimiento informado del paciente**

Anexo 1

Hospital provincial docente "Antonio Luaces Iraola"

Servicio de ginecología y obstetricia

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en la provincia Ciego de Ávila, sobre el uso del cerclaje cervical en gestantes con factores de riesgo de parto pretérmino. Estoy dispuesta a participar en este estudio, responderé con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas.

El Dr.

\_\_\_\_\_

Me ha explicado que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado.

Comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos y sin que esto repercuta en mi tratamiento médico.

Para conocer cualquier información adicional acerca de la investigación y de mis derechos como participante puedo dirigirme al anestesiólogo que me está atendiendo.

Firma del Paciente

Firma del Investigador

## **Anexo 2**

### **Encuesta**

Nombre y apellidos HC

1. Variables epidemiológicas maternas

--Edad. -- Estado nutricional --Escolaridad --Hábitos tóxicos

2. Historia ginecológica y obstétrica anterior

Historia de aborto/s espontáneos del segundo trimestre

Antecedentes de legrado/s uterino

Partos instrumentados o traumáticos

Parto prematuro espontáneo

Anomalías uterinas

Dilatación y/o borramiento cervical prematuro

3. Datos del embarazo actual

Edad gestacional en el momento del diagnóstico de disfunción cervical

Edad gestacional de realización del cerclaje

Grado de modificación cervical

Infección vaginal durante este embarazo

Infección del tracto urinario

4. Resultados perinatales

Edad gestacional al nacer

Peso al nacer

APGAR

Infección neonatal de inicio precoz