

Documento de Consentimiento Informado

ADVERTENCIA.- Desde el punto de vista jurídico, el documento de consentimiento informado siguiente está redactado con el objetivo fundamental de cumplir los requisitos que se exigen en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desde el punto de vista médico, en la selección de los modelos y en la descripción de los diferentes riesgos y procedimientos, se ha procurado mostrar aquellos más frecuentes e importantes, sin pretender ser totalmente exhaustivos. Le recordamos que este documento no puede pretender sustituir de modo pleno una adecuada información por parte del médico adaptada a cada caso concreto. Deben tenerse en cuenta, además, en cada paciente, los riesgos específicos del mismo, así como las innovaciones que impongan los avances científico-profesionales de acuerdo con las recomendaciones de las diversas Sociedades científicas de la especialidad y las Autoridades Sanitarias.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PLAQUETOAFÉRESIS

Nº HISTORIA

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que una PLAQUETOAFÉRESIS tiene como principal objetivo la obtención de una parte de mis plaquetas para su posterior uso terapéutico en un paciente que carezca de ellas. Las plaquetas son unas células de la sangre que cumplen, mediante su agregación, una función vital de reparación de los vasos sanguíneos dañados, siendo esenciales para que no se produzcan hemorragias.

El procedimiento de la plaquetoféresis consiste en colocar, mediante punción, un pequeño catéter (tubo de plástico) en 1 ó 2 venas de mis antebrazos. A través de ellos y de un sistema de tubos y bolsas estériles se hace llegar mi sangre a una máquina separadora selectiva de células. El separador celular aparta las plaquetas del resto de elementos de la sangre que me son devueltos a través del catéter. Según el tipo de máquina de recolección y la cantidad de producto que se pretenda obtener la aféresis puede durar entre 60 y 90 minutos.

Este procedimiento se realiza bajo la vigilancia y supervisión de personal cualificado con amplia experiencia en este tipo de procedimiento médico. Periódicamente se realizan una serie de controles de la donación como la medición del pulso, tensión arterial y valoración de mi estado general.

Se me ha advertido que no debo tomar aspirina o cualquier otro tipo de antiinflamatorio durante una semana antes de la donación, ya que estos fármacos alteran la función de las plaquetas e inutilizan una porción importante de las mismas.

También me ha informado que, ocasionalmente, este procedimiento puede producir reacciones adversas de carácter leve, como son:

- hematoma en la zona de punción
- mareos o lipotimia (desmayo),
- pequeñas pérdidas de sangre en el sistema de aféresis,
- hormigueos en la cara o en las manos que desaparecen con la administración de calcio o la interrupción del procedimiento.

Como consecuencia del procedimiento, mi cifra de plaquetas bajará transitoriamente a valores no peligrosos para mi salud, volviendo a su nivel habitual en muy poco tiempo (unos tres días). Ello permite repetir la donación de plaquetas más frecuentemente que la donación de sangre convencional.

Asimismo, se me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales: *(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).*

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, 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 satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice procedimiento de PLAQUETOAFÉRESIS

En (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado