

# 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 PLASMAFÉRESIS**

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 informacion)

me ha explicado que es médicamente conveniente para mi caso concreto realizar una PLASMAFÉRESIS. Me ha informado que este tratamiento, también denominado recambio plasmático, tiene como principal objetivo retirar ciertas proteínas de mi sangre que me son perjudiciales. El procedimiento 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 maquina separadora. En ella el plasma que contiene la proteína nociva es retirado de forma selectiva y el resto de la sangre me es devuelta junto con un sustituto del plasma que reemplazará al que se me ha retirado. El número de sesiones que necesite puede variar en función de la enfermedad que padezco y los resultados que se vayan obteniendo. Será mi médico quien me irá informando del programa de recambios plasmáticos más adecuado para mi caso concreto.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, eliminar de la sangre las proteínas nocivas que están produciendo la enfermedad que padezco, con lo que mejorará o desaparecerá la sintomatología que producen.

Asimismo, me ha explicado que los riesgos derivados de no recibir este tratamiento son muy variables según el tipo de enfermedad y de proteína anómala, pero se resumen en el agravamiento de la sintomatología de mi enfermedad, lo que acabaría poniendo en peligro mi vida.

Además, me ha informado de que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son. Me ha informado que puede producir:

- calambres musculares (que se solucionan con cierta facilidad suministrando calcio),
- descenso de la tensión arterial (hipotensión) debido a la circulación extracorpórea, malestar general o síncope (desmayo),
- reacciones a la infusión del sustituto de plasma que se administra durante el proceso, (habones en la piel, tiritona, fiebre, hipotensión, dificultad para respirar, y en casos excepcionales, parada cardio-respiratoria y muerte).

Asimismo, 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 el tratamiento con PLASMAFÉRESIS

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