

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 SANGRÍAS TERAPÉUTICAS**

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 es médicamente conveniente para mi caso concreto recibir el siguiente tratamiento: SANGRÍAS (también denominadas FLEBOTOMÍAS) TERAPÉUTICAS.

Me ha informado que este tratamiento tiene como principal objetivo reducir la excesiva cantidad de glóbulos rojos de mi sangre. Dicho exceso incrementa la viscosidad de la sangre y aumenta el riesgo de padecer síntomas y trastornos derivados de una mala circulación sanguínea, como dolor de cabeza, mareos, hemorragias y fenómenos trombo embólicos (coágulos que obstruyen los vasos sanguíneos). El procedimiento consiste en extraer unos 450 centímetros cúbicos (casi medio litro) de sangre a través de una vena del brazo. Las sangrías suelen realizarse cada 2-4 días, si bien será mi médico quien establezca el programa necesario para mi caso en función de mis características personales.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, disminuir el riesgo de posibles trastornos vasculares y de síntomas relacionados con un incremento de la viscosidad sanguínea por el exceso de glóbulos rojos en la sangre.

Asimismo, me ha explicado los riesgos que pueden derivarse de no efectuar el tratamiento. Serían los derivados del exceso de viscosidad de la sangre (dolor de cabeza, mareos, hemorragias y fenómenos trombo-embólicos), así como las posibles alteraciones del funcionamiento cardíaco (angina cardíaca, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca). También me ha informado de las posibles alternativas a la realización de sangrías. Pueden emplearse determinados fármacos dirigidos a tratar la causa que produce el aumento de los glóbulos rojos en la sangre. En ocasiones, dichos fármacos se emplean en combinación con las sangrías, no obstante quedo informado/a de que actualmente y en mi caso concreto las sangrías son consideradas por mi médico el tratamiento más eficaz para controlar los síntomas de la elevación excesiva de glóbulos rojos de mi sangre.

Me ha aclarado también que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y me ha explicado cuáles son:

- hematomas en el lugar de punción,
- mareos, descenso de la tensión arterial (hipotensión) y, ocasionalmente, pérdida de consciencia (síncope).

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 de SANGRÍAS TERAPÉUTICAS.

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