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 TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

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 recibir el siguiente tratamiento: TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

Me ha informado que este tratamiento tiene como principal objetivo reponer unas células de mi sangre, necesarias para que no haya hemorragias, denominadas plaquetas. Mi organismo o bien no las fabrica en cantidad suficiente o bien las consume en exceso. Esta situación de déficit de plaquetas se denomina trombocitopenia. La transfusión consiste en la administración, a través de un catéter (tubo de plástico) pinchado en una vena, de uno o más concentrados de plaquetas obtenidos de uno o varios donantes anónimos.

Las plaquetas se separan de la sangre de donantes voluntarios y altruistas. Todos los derivados de la sangre, incluyendo los concentrados de plaquetas, antes de ser usados para transfusión, se estudian en profundidad para descartar que puedan transmitir enfermedades contagiosas y se comprueba que sean compatibles con la sangre del paciente receptor.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, al dotar a mi sangre de plaquetas suficientes permitimos que se formen coágulos cuando estos son necesarios y evitamos sangrados en cualquier parte del cuerpo. La reposición de plaquetas, cuando una persona tiene una trombocitopenia grave (no dispone de la cantidad mínima suficiente de estas células), permite detener o prevenir un sangrado potencialmente grave para la vida del paciente receptor.

Me ha explicado también los riesgos que pueden producirse en caso de rechazar este tratamiento, que son los derivados de no corregir éste déficit grave de plaquetas. La trombocitopenia grave hace que el organismo no cuente con todo lo necesario para detener las hemorragias y éstas pueden ocasionar lesiones graves e irreversibles en órganos vitales (como el cerebro por ejemplo) y con ello también la muerte.

También me ha informado de las posibles alternativas a la transfusión de plaquetas, que para mi caso han sido médicamente descartadas. Por los riesgos que acarrea toda transfusión, mi médico ha valorado el empleo de recursos terapéuticos alternativos, como los agentes antifibrinolíticos (sustancias que favorecen la coagulación), la desmopresina (fármaco que incrementa la capacidad de formar coágulos) o las medidas locales sobre los puntos de sangrado. Sin embargo, estas medidas son parcialmente efectivas pudiendo servir para reducir las necesidades y el número de transfusiones de plaquetas pero no para sustituirlas.

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 explicado que puede producir:

— Un riesgo muy bajo (inferior a 1 por cada 60.000 transfusiones), pero no nulo, de contraer infecciones por los virus de la hepatitis C, hepatitis B, inmunodeficiencia humana (SIDA) u otros menos frecuentes. A pesar de que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas, existe una fase inicial en las enfermedades infecciosas (período ventana) en la que los agentes infecciosos no son detectables en la sangre y que por tanto hacen que siempre exista una mínima posibilidad de contagio.

— Reacciones transfusionales. Por procesos de tipo alérgico debidos al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor. Las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar. Muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso parada cardio-respiratoria).

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 pro-cede, 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 TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS.

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